

DE L'EMPLOI
DE
L'IODURE DE POTASSIUM
CHEZ
LES PHTHISIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AMÉDÉE VESOUX

né à Savigny-lès-Beaune (Côte-d'Or)

le 2 janvier 1857.



LYON
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. PASTEL
10, PETITE RUE DE CUIRE, 10

—
Juillet 1883.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0042

DE L'EMPLOI
DE
L'IODURE DE POTASSIUM
CHEZ
LES PHTHISIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Vendredi 6 Juillet 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AMÉDÉE VESOUX

né à Savigny-lès-Beaune (Côte-d'Or)

le 2 janvier 1857.



LYON
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. PASTEL
10, PETITE RUE DE CUIRE, 10

—
Juillet 1883.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie	MM. PAULET.
Physiologie.	{ PICARD.
Anatomie générale et histologie.	MORAT, professeur délégué.
Anatomie pathologique	RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée	PIERRET.
Chimie minérale	CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie	GLÉNARD.
Physique médicale.	CAZENEUVE
Zoologie et anatomie comparée	MONOYER.
Pharmacie	LORTET.
Pathologie interne.	CROLAS.
Pathologie externe.	BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générales	{ BERNE.
Hygiène.	LETIÉVANT, profes adjoint
Thérapeutique	MAYET.
Matière médicale et Botanique	ROLLET.
Médecine légale.	SOULIER.
Médecine opératoire	CAUVET.
Cliniques médicales	LACASSAGNE.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	{ TEISSIER.
Clinique ophtalmologique	LÉPINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAMBAUD, Professeur adjoint.
Clinique des maladies mentales.	OLLIER.
	TRIPPIER (Léon)
	BOUCHACOURT.
	DELORE, Professeur adjoint.
	GAYET.
	GAILLETON.
	X.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des maladies des Enfants	PERROUD.	Chargé du cours.

Professeur honoraire : M. DESGRANGES.

AGRÉGÉS		CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ		
MM. ARLOING.	MM. LAURE.	MM. TEISSIER.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET.	LEVRAT.	VINAY.	CHANDELUX	MARDUEL.
DUCHAMP.	PERRET.	VINCENT.	CHARPY.	MOLLIÈRE.
	SICARD.		COLRAT.	R. TRIPIER.

M. ETIÉVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LEPINE, Président ; M. TEISSIER, Assesseur ; MM. R. TRIPIER, BOUVERET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'-MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur LÉPINE.

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer à la clinique de M. le professeur Lépine, des malades atteints de phthisie pulmonaire avec fièvre hectique, chez lesquels l'administration de l'iodure de potassium était suivie chaque fois de quelque amélioration, nous avons pensé que l'action de ce médicament dans la fièvre des phthisiques méritait d'être étudiée avec attention.

C'est sous l'inspiration de notre excellent maître, M. le Professeur Lépine que nous avons entrepris ce travail. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Nous remercions aussi M. Rodet, chef de clinique médicale, qui nous a initié aux moyens techniques propres à décéler dans les crachats les bacilles de la tuberculose.

Si l'iodure de potassium a été peu employé dans la phthisie, il n'en est pas de même de l'iode; aussi nous croyons devoir entrer en matière par un historique très sommaire sur son emploi dans cette maladie.

CHAPITRE PREMIER

§ 1. -- De l'emploi de l'iode dans la phthisie

L'emploi des iodiques dans la phthisie n'est pas de date récente, si l'on admet que l'éponge brûlée, les fucus, l'huile de foie de morue, l'air marin, etc., agissent, au moins en partie, par l'iode qu'ils renferment.

Arétée recommandait l'air de la mer comme un remède efficace contre la phthisie pulmonaire, et Galien conseillait aux poitrinaires de séjourner dans le voisinage du Vésuve et de l'Etna, où ils pouvaient respirer l'air marin, aussi bien que les émanations diverses qui s'échappent des volcans. Aussi, Oribase nous apprend qu'Antyllus, médecin du III^e siècle de l'ère chrétienne, recommandait les fumigations avec de vieilles cordes de marine placées sur des charbons enflammés.

Après la découverte de l'iode par Courtois, en 1811, le succès de ce médicament dans la scrofule, et l'analogie qui semblait exister entre les deux affections, le

firent employer contre la tuberculose. Dans ce but, plusieurs traitements iodés ont été préconisés. Ils ont consisté dans l'emploi de la teinture d'iode, des inhalations de vapeurs iodées, et dans l'usage de l'iodure de fer et de l'huile de foie de morue, etc. Laennec lui même, ayant constaté la rareté de la tuberculose sur les côtes de Bretagne, essaya de préparer à ses malades une atmosphère marine artificielle, en plaçant, dans une salle, des varechs en quantité assez grande pour qu'il y eût un certain dégagement d'iode. Les résultats furent peu encourageants. Cependant, Lobethal, en 1841, et Hirtzel en 1845, répétèrent à Zurich les expériences de Laennec, et firent même une tentative beaucoup plus rationnelle. Pensant, en effet, que l'air marin doit ses propriétés curatrices, non-seulement à l'iode, mais aussi au chlorure de sodium et à toutes les substances qui entrent dans sa composition, ils établirent dans une chambre close une fontaine projetant une solution contenant les principes qui composent l'eau de mer; l'air se chargeait plus ou moins de ces principes et était inhalé par les malades. Ces essais n'eurent cependant aucun retentissement.

Péreira (1), dans son livre, publié en 1822, cite deux cas d'hémoptysies avec fièvre, crachements de matière puriforme, etc., où il a administré la teinture d'iode à la dose de 20 gouttes par jour. La guérison a été obtenue dans l'espace de 20 jours. Gaidner, médecin anglais à Paris, employa aussi cette substance dans les affections tuberculeuses de la poitrine, et pensa qu'elle peut être

(1) Saggio clinico sull' iodio.

utile dans certains cas où la lésion n'a pas fait de très grands progrès. Il publia un mémoire très savant sur les propriétés antiphthisiques de l'iode, et rapporta des cas de guérison remarquables. Le docteur Baron, qui l'administra à Londres, n'eut également qu'à s'en louer.

Les inhalations d'iode eurent, pendant un certain temps, une réputation assez grande dans le traitement de la phthisie. Berton, convaincu du peu d'efficacité de l'iode employé en frictions, et du danger d'administrer cette substance par les voies digestives, écrivait à l'Académie de médecine, dans la séance du 23 décembre 1829, qu'il faisait inspirer l'iode sous forme de vapeurs. D'autre part, il s'était assuré de l'innocuité d'une atmosphère chargée de vapeurs iodées par des expériences sur des animaux vivants. Les phthisiques, sur lesquels il a essayé ce moyen, non-seulement n'ont eu aucun accident, mais ont paru éprouver quelque amendement. Cependant, comme il ne se dissimulait pas la difficulté de prouver pendant la vie l'existence des tubercules pulmonaires, il n'osait affirmer les bons effets des vapeurs iodées dans cette maladie, mais il croyait pouvoir les garantir dans les bronchites chroniques. Dans un mémoire, publié en 1830, James Murray rapporte plusieurs observations sur l'inhalation de l'iode dans la phthisie. L'auteur assure qu'il en a fait plusieurs fois usage avec avantage, même dans les cas désespérés ; il a toujours obtenu une amélioration au moins passagère dans l'état du malade. La toux diminua, l'expectoration fut rendue plus facile et le sommeil plus tranquille. Scudamore, en Angleterre, Behrend, à Berlin, Dixon et Defuisseaux, en Belgique, ont aussi prétendu avoir

employé avec succès les inhalations d'iode. Scudamore (1) aurait obtenu des centaines de guérisons à l'aide de cette médication. Il avoue cependant que chez quelques sujets, elles n'ont pu être supportées. S'il faut en croire Defuisseaux (2), il aurait, en trois semaines de l'usage de ce procédé dans un cabinet maintenu à 15° de température, fait disparaître les symptômes de la phthisie chez un militaire âgé de 25 ans, qui, aux signes généraux, joignait ceux du ramollissement de la matière tuberculeuse, de la formation des cavernes : matité sous les clavicules, gargouillement et un peu de pectoriloquie.

La teinture d'iode employée en frictions, ou en badiageonnages, au moyen d'un pinceau, dans les régions sus et sous-claviculaires, a plusieurs fois fourni de bons résultats à Boinet (3) qui a également appliqué avec avantage sur la poitrine des phthisiques des sachets iodés préparés selon ses indications. Les frictions, préconisées par le même auteur, dans le but d'obtenir l'absorption de l'iode et de produire une action révulsive sur les parois thoraciques, ont été vantées aussi à l'hôpital de la Charité par Piorry, et plus tard, par Leriche, de Lyon, qui les appliqua sur tout le corps.

En présence des résultats fournis par les autres méthodes, on pensa qu'en unissant les iodiques aux aliments on obtiendrait de meilleurs effets. Boinet obtint des succès. Labourdette et Le Bariller administrèrent l'iodure de potassium à des vaches. Berut, de Marseille, joignit à l'iodure de fer le chlorure de sodium, et obtint

(1) London, méd. gaz VIII, XV, XXV.

(2) Ann. de la Soc. méd. de Gand, 1842.

(3) Boinet, Iodothérapie et Gaz. méd. 1849.

un lait chloro-iodo-ferreux. Ces laits médicamenteux eurent pendant longtemps une grande vogue, mais bientôt, en voyant le peu de persistance de l'amélioration constatée primitivement, et les altérations du liquide sous l'influence de l'action exercée sur les animaux par cette nourriture insolite, cette médication fut abandonnée.

En 1854, un officier de santé de Paris, Chartrouille, reprit les inhalations, qui furent également mises en usage par Piorry, Langlebert et Danger. Ce dernier fit respirer à ses malades de l'air sec saturé d'iode. Langlebert inventa les trochistes iodés, que l'on allumait et qu'on faisait brûler.

Espérant remédier aux inconvénients des vapeurs d'iode, et convaincu des heureux effets de cette médication dans la tuberculose pulmonaire et les catarrhes chroniques, Barrère, ex-prosecteur de l'Ecole de médecine de Toulouse, proposa les prises de camphre iodé. Enfin, Titon (1) vanta la teinture chloroformée d'iode. Ses malades ont éprouvé un mieux momentané, consistant dans une expectoration plus facile, dans une meilleure qualité des crachats, dans le retour de l'appétit, mais bientôt survenaient de l'ardeur à la gorge et au larynx, de la sécheresse dans la poitrine, une toux plus forte et souvent des hémoptysies.

A. Malet, de Rio-Janeiro, préconisa l'iodure de calcium en solution aqueuse prise au moment du repas. Cette médication doit être continuée longtemps, en ayant soin de la suspendre tous les 20 jours, pour la re-

(1) Thèse de Paris, 1854.

prendre au bout d'une semaine. Bouchardat vante également ce sel qui agirait par ses deux éléments constituants.

L'iodhydrargyrate de potasse, employé avec succès par Chauning, qui a noté deux cas d'amélioration et une guérison, est complètement tombé dans l'oubli.

L'iodure de fer, tant préconisé par M. Dupasquier, de Lyon, a donné quelques succès.

L'iodoforme aurait donné d'excellents résultats entre les mains de Semmola et Chiaramelli.

L'iodure de potassium fera l'objet d'un paragraphe spécial.

L'oubli dans lequel sont tombés les composés iodés dans le traitement de la phthisie est peut-être injuste, et de nouvelles recherches à cet égard ne seraient pas irrationnelles. L'historique que nous venons de faire nous montre qu'un très grand nombre d'auteurs ont employé les iodiques avec succès; et que quelques autres ont été moins heureux. Cependant il est facile d'expliquer cette différence dans les résultats obtenus. En effet, avant de prescrire un médicament, il faut en rechercher l'indication et l'opportunité. Or, nous devons le dire, en principe, les iodiques ont été administrés sans qu'on recherchât l'ensemble symptomatique qui commandait leur emploi. On les donna dans toutes les formes, dans toutes les périodes de la maladie. Mais la persévérance avec laquelle ils ont été employés n'est-elle pas en faveur de leur utilité dans certains cas ?

M. Fonssagrive (1) pense que l'action résolutive des

(1) Thérap. de la Phthisie.

iodiques n'a peut-être pas jusqu'ici attiré l'attention autant qu'elle mérite de le faire. Il les recommande : 1° au début de la phthisie pour détruire le lymphatisme ; 2° à la fin, quand la maladie étant enrayée, il faut hâter la cicatrisation.

MM. Hérard et Cornil se louent dans quelques cas des résultats de cette médication.

M. Hanot (1) croit aussi que dans les variétés scrofuleuses, torpides, de la maladie, et au début de celle-ci, la médication iodée peut être utile en modifiant l'état lymphatique ou strumeux, peut-être aussi en facilitant la résolution des engorgements pulmonaires et en prévenant l'éclosion de tubercules nouveaux.

Les idées actuelles tendent d'ailleurs à grouper sous le même chef les maladies dites scrofuleuses et celles qui sont manifestement tuberculeuses. Il n'y aurait entre elles qu'une différence de gravité et de spécificité.

M. Grancher (2) rapproche la scrofule de la tuberculose, sans toutefois les confondre complètement, au nom de la clinique, il fixe par des noms différents les distances qui les séparent. Graves ne voit également dans la tuberculose pulmonaire que la manifestation la plus grave de la scrofule. C'est aussi l'opinion de M. Bouveret (3) qui compare les affections tuberculeuses aux affections morveuses : « Morve et tuberculose, dit-il, ont l'une et l'autre, à côté des formes aiguës, diffuses, franchement infectieuses, des formes lentes, localisées, moins immédiatement graves, que l'observation clinique

(1) Dict. méd. et chir. pratique, art. Phthisie.

(2) Union méd. 1880 et Dict. de Dechambre. art. Scrofule.

(3) Lyon méd. 1882.

seule ne permettrait guère de rattacher à leur véritable cause, et dont la nature est affirmée par l'expérimentation. C'est le farcin chronique pour la morve, c'est la scrofule pour la tuberculose ». Enfin M. Quinquaud, (1) dont le travail sur cette question est tout récent, conclut que : « certaines lésions dites scrofuleuses ne sont le plus souvent que des tuberculoses localisées ».

Ajoutons que de récentes recherches ont fait découvrir le tubercule véritable dans le lupus de la face (Friedländer), dans les tumeurs blanches (Koster, Lannelongue), dans certaines gommes dites scrofuleuses de la peau (Brissaud), dans les adénites scrofuleuses (Taon, Progrès méd. 1878). La scrofule n'est donc plus qu'une annexe, une dépendance de la tuberculose, et, s'il en est ainsi, n'est-il pas logique d'admettre que l'iode, dont l'efficacité est si grande dans la scrofule, doive également avoir un effet curatif contre la phthisie ?

D'ailleurs le discrédit dans lequel sont tombés les iodiques n'est-il pas dû en partie à l'intolérance plus ou moins grande de la préparation administrée ? Les diverses combinaisons médicamenteuses auxquelles on a eu recours successivement en sont une preuve suffisante, et à ce point de vue l'iodure de potassium nous semble recommandable.

(1) Thèse d'Agrégation 1883 : De la Scrofule dans ses rapports avec la phthisie pulmonaire.

§ 2. — **Action comparative de l'iode et de
l'iodure de potassium,**

En effet, si KI agit par l'iode qu'il contient, et qui est mis en liberté dans l'organisme (1), il a l'immense avantage d'être beaucoup moins irritant que l'iode, quoiqu'il en contienne une assez forte proportion (75 %). Quand il est pur, il est parfaitement supporté par l'estomac. Il ne trouble pas la digestion; le plus souvent même il augmente l'appétit. Mais, quand il contient de l'iode libre ou un iodate, il devient irritant. Le fait a été mis en lumière par Rabuteau. KI s'absorbe rapidement dans l'estomac, et s'élimine aussi avec une grande rapidité. Quelques minutes après son ingestion, on peut décélérer l'iode dans l'urine, d'après Claude Bernard, et on n'en trouve plus au bout de 24 heures, tandis que dans les crachats, on peut en trouver des traces même après trois semaines.

Son élimination, qui se fait par les urines, la salive, le lait, la bile, les muqueuses et la peau, rend compte des phénomènes que l'on observe parfois à la suite de l'emploi de ce médicament, et qui lui sont communs

(1) Binz., Journ. thérap. 1874-5.

avec l'iode, tels que : albuminurie, stomatite, parotidite, conjonctivite, angine, coryza, diarrhée, acné, cephalalgie, et qui sont très variables suivant la susceptibilité des sujets. D'après Gubler, les individus pâles et amaigris supportent bien mieux l'iodure que les pléthoriques; Notnagel et Rosbach assurent même que KI fait dormir ceux dont le cerveau est anémique et peu excitable.

Fournier parle d'exsudats pleurétiques sanguinolents, d'hémoptysies, de purpura, de métrorrhagies, etc., qui suivraient l'emploi prolongé de ce médicament, et qui sembleraient indiquer une altération globulaire semblable à celle produite par l'iode. Berlioz (1) ajoute que : « si l'iodure de potassium, comme il est probable, altère l'hématine, matière colorante des globules rouges, qui renferme le fer, c'est vraisemblablement à cette action qu'est due la diminution de l'urée ».

L'iodure augmente la sécrétion salivaire; quant à la sécrétion urinaire, pour Bouchardat, ce serait un diurétique, tandis que, suivant Rabuteau et Maurel, la quantité d'urine diminuerait plutôt. D'après les mêmes auteurs, les urines diminuent au début du traitement, puis deviennent normales, bien loin d'être augmentées. Elles ne déposent ni acide urique, ni urates.

C'était une opinion jadis accréditée que l'iodure de potassium altérerait la nutrition et faisait maigrir. Ricord, Boinet, Wunderlich se sont élevés contre cette manière de voir. Rabuteau et Milanesi ont ensuite montré par leurs analyses que l'urée diminue sous l'influence de l'iodure et qu'il y a augmentation de poids et d'appétit.

(1) Berlioz, *Traité de therap.* 1883.

Ces auteurs admettent encore, avec Bucheim, qu'un long emploi du médicament ne diminue pas le processus nutritif, bien au contraire, et un adulte peut prendre sans inconvénient 5 grammes d'iodure pendant longtemps.

CHAPITRE II.

§ 1^{er}. — **Emploi de l'iodure de potassium dans la phthisie.**

Baron (1) l'a employé avec succès dans les cas où la maladie n'était pas très avancée. C'est aussi dans la première période de la tuberculose pulmonaire que Hildrith (2) l'a vu réussir. Dans trois cas, qui offrent en effet des signes d'une affection tuberculeuse commençante, le médicament amena un changement assez prompt dans la marche de la maladie, qui se termina dans les trois cas d'une manière favorable.

Mais c'est surtout Luëdicke (3) qui a préconisé l'iodure de potassium dans la phthisie. Suivant ce praticien, ce serait un vrai spécifique dans cette grave affection

(1) Extrait des rech. sur les mal. tub., par sir John Baron, 1825.

(2) The américain journal of the méd. scienc. 1842.

(3) Medicinische Zeitung, 1845.

pulmonaire. Il publia six observations, dans lesquelles il avait obtenu un succès marqué. Sous l'influence de cette médication, la fièvre hectique diminuait de jour en jour, la toux devenait plus facile et plus rare; peu à peu les symptômes de la phthisie se dissipaient, et, au bout de six semaines, deux mois, les malades pouvaient reprendre leurs occupations.

Nous avons déjà vu Labourdette et Le Bariller administrer l'iodure de potassium à des vaches et obtenir quelques succès au moyen du lait ioduré.

Gouraud (1) traita également, avec de bons résultats, trois malades à la Charité. Nous n'avons donc à mentionner que des résultats heureux.

Etudions maintenant l'action de l'iodure de potassium sur la nutrition chez le phthisique, et voyons quels sont les moyens de suivre pas à pas cette action.

§ 2. — Action de l'iodure de potassium sur la nutrition chez le phthisique

Quand on se propose d'étudier l'influence d'un médicament sur la nutrition, deux moyens se présentent à l'esprit. Le premier est la pesée, qui fournit de bons ré-

(1) Journ. des Conn. médico-chir., T. X, p. 53, 2^e partie.

sultats, pourvu qu'on s'entoure des plus grandes précautions. En effet, les fluctuations journalières, pour ne pas dire horaires, dans le poids du corps, nécessitent des pesées fréquemment répétées et toujours dans les mêmes conditions.

Le second moyen est le dosage de l'urée qui sert de mesure approximative à la désassimilation des matières albuminoïdes.

Nous pouvons regarder le chiffre 21 comme la moyenne de l'excrétion de l'urée chez un adulte, qui est dans des conditions normales de santé et d'alimentation. Or, cette moyenne est susceptible de varier beaucoup sous une foule d'influences, dont les principales sont l'alimentation, la température, l'âge, l'énergie des grandes fonctions. Le poids du corps fait varier l'urée dans la proportion de 0 gr. 35 par kilogramme, d'après les auteurs. Notre excellent maître, M. Lépine, a signalé, en 1880, à la Société des sciences médicales de Lyon, l'intermittence à type tierce, quelquefois quarte, de l'excrétion de l'urée. Il importe de bien connaître ce caractère afin d'éviter les erreurs dans l'évaluation des moyennes d'urée, surtout lorsque l'on se contente de faire un ou deux dosages.

A ces influences, que l'on pourrait appeler physiologiques, s'en ajoutent très souvent d'autres qui sont pathologiques, et d'autres enfin qui sont thérapeutiques.

Les oscillations de la quantité d'urée ont des rapports intimes avec la température. Cependant, il faut une fièvre assez intense, pour augmenter de 10 grammes la quantité d'urée, tandis qu'il suffit chez un homme sain d'une alimentation insuffisante, pour l'abaisser dans la

même proportion, sans que la nutrition paraisse sensiblement troublée.

La fièvre des phthisiques, d'après Warlam (1), ne donne pas lieu à une grande élévation d'urée. L'affaiblissement de la constitution, l'insuffisance prolongée de l'alimentation, les pertes journalières, qui ont lieu par l'expectoration, les sueurs, les vomissements, la diarrhée, expliquent comment la phthisie peut élever la température sans augmenter toujours l'urée. Nous acceptons d'ailleurs les excellentes conclusions auxquelles est arrivé notre ami Ranty (2) dans sa thèse inaugurale : « ... 2° l'influence de la fièvre sur l'excrétion de l'urée est certaine à toutes les périodes de la phthisie; 3° par le taux de l'urée excrétée en dehors de l'état de fièvre, on peut établir le degré de résistance du malade et préciser le pronostic; 4° dans la tuberculose pulmonaire, les variations de l'urée sont soumises aux mêmes influences générales que chez l'homme sain. »

Quant aux influences thérapeutiques, passons rapidement en revue ceux des médicaments qui nous intéressent le plus dans l'affection qui nous occupe, et avec lesquels nous devons compter pour ne pas être dans l'erreur. Le sulfate de quinine diminue l'urée le 2° ou le 3° jour après son ingestion. Le bromure de potassium et surtout l'opium font aussi baisser l'urée. La créosote paraît augmenter indirectement l'urée en diminuant l'expectoration. Le malade de l'observation XII en est un bel exemple.

(1) Warlam, thèse de Paris 1869.

(2) Ranty, thèse de Lyon 1882.

L'action de l'iodure sur l'urée présente un intérêt bien plus grand pour nous, puisque c'est sur ce médicament que porte notre expérimentation.

Rabuteau(1) a ingéré un gramme d'iodure de potassium pendant un mois. L'urée a diminué dès l'absorption, et le minimum a été atteint alors que l'urine ne présentait plus de traces d'iode. Le chiffre normal noté avant l'expérience a reparu 10 jours après ce minimum (1 et 11 juin).

Dans une autre expérience, avec 1 gramme d'iodure de potassium pendant 4 jours, il a obtenu une diminution de 40 0/0. La moyenne d'urée notée avant l'ingestion du médicament, ne reparut que 15 jours plus tard.

D'autre part le professeur Bouchard, dans des expériences dont nous ignorons le but et les détails, aurait vu l'urée passer de 19 à 45 grammes sous l'influence de l'iodure de potassium (2). D'autres auteurs ont aussi rapporté des observations cliniques dignes de toute confiance, dans lesquelles ils ont constaté une élévation de l'urée. Cela s'est vu dans l'azoturie par exemple.

La différence de ces effets peut tenir à la différence des doses, ou bien ce médicament n'agit pas de même dans l'azoturie que chez l'homme sain.

Nous n'avons pas fait de grandes recherches sur les variations de l'urée sous l'influence de l'iodure de potassium dans les maladies autres que la phthisie : cepen-

(1) Gaz hebd., 26 février 1869.

(2) Journ. therap. 1874.

dant nous avons recueilli deux observations, qui se rapportent l'une à un syphilitique, et l'autre à un malade atteint de kyste hydatique du foie, selon toute vraisemblance.

1. — Malade atteint d'hémiplégie syphilitique, avec hémianesthésie ; vertiges passagers et céphalalgie, mouvements choreiformes du côté paralysé ; surdité du même côté, psoriasis généralisé.

Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h.	Urée
mai	kilog.		c. c.	grammes
9	.....	6 gouttes noires, brom de pot., 3gr.	1770	36.70
10	.....	lalt 1/2 litre	2830	37.50
11	62.500	.....	2430	34.60
12	.....	refroidissement — diarrhée.....	2010	31.20
13	.....	diarrh. — iod. pot., 4 gr.....	2000	24.50
14	.....	.....	2500	32 »
15	.....	le malade va mieux.....	1540	30.80
16	62.500	.....	1600	34 »

Nous constatons une diminution légère de l'urée ; nous disons légère, car les malades ont toujours un taux d'urée plus élevé à leur entrée à l'hôpital que quelques jours plus tard. Du reste le malade s'étant fait expulser du service, nous n'avons pu continuer l'observation.

2. — Malade atteint de kyste hydatique du foie (volumineux).

Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h.	Urée
avril	kilog.		c. c.	grammes
27	.....	.....	1000	21.25
28	.....	.....	1240	28.48
29	.....	.....	1080	15.10
30	.....	urines non albumineuses.....	950	13.10
mai				
1	.....	.....	990	22.20
2	48	.....	1210	24.20
3	.....	iod. pot., 2 gr., céphalalgie	1020	20.10
4	.....	céphalalgie	1360	20.90
5	.....	céphalalgie	920	20.50
6	.....	céphalalgie	1200	25.20
7	.....	.....	1340	28.10

Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h.	Urée
mai	kilog.		c. c.	gram.
8	.....	.....	1320	27.80
9	.....	.....	1020	18.90
10	.....	.....	770	16.10
11	46.700	.....	720	16.60
12	.....	diarrhée.....	900	21
13	.....	.....	760	15
14	.....	laryngite, épistaxis.....	950	17.50
15	.....	(pas d'iodure).....	600	14.40
16	.....	la laryngite a disparu.....	670	13.30
17	47	.....	700	13.60
18	.....	diarrhée.....	710	17.70
19	.....	.....	680	13.30
20	.....	.....	810	20.65
21	.....	pas d'albumine dans l'urine.....	830	15.90
22	48.200	.....	880	18.80
23	.....	.....	920	20 35

Nous voyons dans cette observation, une diminution passagère du poids du corps sous l'influence de l'iodure ; une augmentation de l'urée, puis une diminution.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS CLINIQUES.

La fièvre, le poids, l'examen des urines, le dosage de l'urée ont été l'objet de tous nos soins. La température rectale a été prise matin et soir chez ceux de nos malades qui ont présenté de la fièvre et toujours avec le même thermomètre.

Avant la pesée, nous nous sommes informé si le sujet était à jeun et s'il était revêtu des mêmes habillements. Nous nous sommes abstenu dans le cas d'œdème et quand le malade était atteint de diarrhée.

Nous avons attaché une grande importance à l'examen des urines et au dosage de l'urée, et nous avons veillé avec le plus grand soin à éviter les causes d'erreur pouvant provenir soit de la quantité des urines, soit de leur altération. Le procédé employé pour le dosage de l'urée est celui d'Esbach, qui suffit quand il s'agit d'obtenir des chiffres comparables entre eux. L'albumine a

été souvent recherchée dans l'urine, et sa présence a été notée chaque fois que nous l'avons constatée. La réaction fournie par l'amidon et l'acide azotique dans l'urine qui contient un iodure nous a permis de vérifier très souvent l'administration du médicament et de découvrir les fraudes des malades.

Les médicaments notés sont ceux ingérés par le malade et non ceux qui ont été prescrits, ce qui est souvent bien différent.

Enfin nous avons choisi pour nos expériences des malades intelligents et capables de comprendre le but de nos recherches. Malgré cela, ils ont été l'objet d'une surveillance attentive, et les observations qui vont suivre sont dignes de toute confiance.

OBSERVATION I

INDURATION DU SOMMET GAUCHE. — RAMOLLISSEMENT

DU SOMMET DROIT

Alphonse B..., 18 ans, teinturier, né à Lyon, entré le 11 janvier 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 10.

Antécédents héréditaires : le père du malade est mort à 36 ans d'une maladie de poitrine. La maladie actuelle a débuté il y a environ un an, à la suite de refroidissements subits. Il commença par tousser, puis ressentit des points de côté et se mit à maigrir. Il quitta son métier de teinturier ; mais la maladie n'en continua pas moins à

faire des progrès, et depuis une huitaine de jours, le malade a cessé tout travail.

Actuellement, il paraît très amaigri; la peau est chaude, le pouls rapide; le malade transpire toutes les nuits, ses forces ont considérablement diminué. La toux est peu fréquente; l'expectoration est franchement purulente; le malade a eu, à plusieurs reprises, des hémoptysies, d'ailleurs peu abondantes. Il se plaint, pour le moment, de points de côté très douloureux, surtout à gauche.

A l'examen de la poitrine, en arrière, la sonorité est à peu près partout conservée, peut-être un peu diminuée aux sommets. Les vibrations paraissent plus intenses au sommet droit qu'ailleurs. A l'auscultation, du côté gauche, la respiration est normale: pas de craquements, pas de râles. A droite, le murmure vésiculaire est bien moins intense dans toute la partie supérieure du poumon; on entend seulement quelques légers craquements. En avant, la sonorité paraît un peu diminuée sous la clavicule droite; le murmure vésiculaire y est moins intense qu'à gauche; on entend également quelques craquements.

Le malade a de l'inappétence et des vomissements.

13 janvier: cautérisations ponctuées.

28 janvier: le malade a de la fièvre tous les jours à partir de 10 heures du matin, pendant toute la journée et la nuit; la figure est moins bonne. — Sulf. quin., 1 g.

4 février: extinction de la voix, fièvre, douleurs. — Iodure, 3 g..

6 février, le malade se sent plus de force; suppression de l'iodure; pouls fréquent.

14 février: recrudescence de la fièvre; iodure, 3 g. — Urines claires; un peu d'albumine, grande quantité de matière colorante.

19 février: suppression de l'iodure.

6 mars, expectoration peu abondante; signes de ramollissement du sommet droit. Etat général médiocre, pas d'appétit. Le malade se plaint moins de la fièvre.

22 mars: pas de modification notable.

26 mars: on entend des râles plus nombreux et plus gros au sommet droit, bruits cavernuleux.

17 avril: même état local en arrière. En avant, râles cavernuleux

sous la clavicule droite. A gauche, la sonorité est conservée sous la clavicule, mais un peu plus bas on a de la matité, et à l'oreille on a du souffle, de la respiration saccadée : induration du sommet gauche, ramollissement du sommet droit en mars ; excavation bilatérale en avril.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urine . de 24h	Urée
		kilog.	matin soir		c. c.	gram.
février	41	38°5	»	10 pil. créos. café, limon.	650	10.20
25		38.2	39°1	urines foncées	660	4.10
26		38	39.1	froid à la tête, toux fréq.	580	13.20
27		39	39.2	iod. pot. 3 gram.....	680	16.90
28	40.600	39	39.2			
mars						
1		38.8	38.2	.....	560	10.90
2		38.9	39	.....	530	8
3		38	38	sueurs	620	11.10
4	40.500	39.2	38.6	(lavement froid), diarrhée .	480	8.60
5		39	38.2	sueurs	630	10.20
6		38.9	38.1	vomiss.....	500	8.50
7		38.8	»	diarrhée	420	8.30
8		38.9	38.7	appétit augmenté.....	540	8.80
9	40.800	38.2	38.4	crache moins.....	560	11.30
10		39.1	39	urines non albumineuses..	580	4.30
11		39.2	38	(pas d'iodure).....	880	13
12		39.8	38.2	pas de créos.....	800	11.60
13		39	39	douleurs des jambes cessent.	610	11.40
14		38.2	39.5	la figure est bonne.....	320	5.10
15		37.6	38.5	.....	780	17
16		38.5	38.9	.....	1140	12.50
17		39.5	»	pas d'albumine dans l'urine	500	8.30
18		37.5	38.6	pas de dépôt d'ur. dans l'urine	630	12.60
19		37.6	38	.....	900	16.20
20	41	39.7	38	le malade se trouve mieux.	660	15.50
21		38.7	38.5	.....	460	7.30
22		37.5	38	iod. de pot. 2 g.....	720	16.60
23		37.3	38.8	.....	590	11.80
24		38.2	38	créos. 6 pil.....	700	13.10
25		38.5	38.5	.....	400	6.50
26		37.8	38.8	le malade s'est levé 2 heures	880	8.80
27		39	38.2	le malade s'est levé 4 heures	»	»
28		38.4	38	le malade s'est levé 3 heures	900	14.80
29		38.5	39	.....	610	11.30
30		38.4	38	.....	640	10.20
31		38	38	glossite.....	490	7.60
avril						
1	40.600	39.6	38	.....	900	16.20
2		38	39.2	pas d'albumine dans l'urine	560	8.70
3		39	38.6	.....	610	9.10
4		39	38.4	.....	620	11.50

Dates	Poids	Température		Remarques	Urine de 24 h.	Urée
		matin	soir		c. c.	gram.
avril	kilog.					
5		38°5	38°1	.....	570	10.70
6		38.7	38.4	.....	340	7
7		38.5	39.3	bourdonnements d'oreilles..	620	12.40
8		38.3	38.7	cephal. suppr. de l'iodure..	610	13.10
9	40.700	38.5	38.3	.....	390	9.50
10		38.3	39	.....	560	8.10
11		37.5	39	gingivite et glossite.....	470	9.30
12		39.5	»	urates dans l'urine.....	670	10.50
13		38.5	39.3	traces d'iode dans l'urine...	500	10.10
14		39	»	toux fréquente.....	560	5.20
15		38.3	38.5	.....	580	»
16		38.2	38.6	le malade s'est levé 10 min.	530	11.50
17		38.3	39	fièvre	780	15.10
18		39.7	38.6	urines non albumineuses...	510	10.50
19		39	38.7	.....	610	11.10
20		38.7	39.4	.....	480	9.40
21		39.2	39.8	.....	360	7.40
22		38.3	38.2	.....	710	12.10
23		38.8	39.2	.....	»	9.30
24		38.8	38.9	vin créosoté 50 grammes..	510	9.80
25		38.8	39.1	dyspnée	330	5.40
26		39.3	39.9	.....	620	14.40
27		37.7	39.6	.....	400	10.20
28		38.6	39.6	.....	340	9
29		38.9	39.4	.....	390	8.20
30		38.4	38.6	.....	670	11.50
mai						
1		38.3	38.7	.....	570	12.60
2		37.6	39.2	diarrhée	»	»
3		38.9	39.1	id.	»	»
4		38.6	39.1	id.	»	»
5		38.8	39.7	id.	»	»
6		39.2	39.5	id.	360	8.60
7		38	38.8	.....	560	11.90
8		38.5	39	.....	440	8
9		38.8	39.2	.....	400	10.10
10		38.2	38	.....	570	12.70
11		38	38.9	diarrhée	340	5.50
12		38.6	39.5	.....	460	1.60
13		37.6	38.4	iodure 3 grammes	340	7.50
14		38	39	iod. 1 gramme.....	460	6.90
15		38	39.4	.....	480	7.80
16		38.8	39.2	pas d'iode dans l'urine....	490	9.60
17		38.4	39	urine non albumineuse....	510	7.90
18		38.2	38.7	bierre	470	5.40
19		38.3	39.3	.....	370	8.30
20		38	38.9	un peu de mieux.....	520	7.90
21		38.2	39	.....	360	6.50
22		37.8	38.3	peu de bacilles dans les crach.	530	9

Le malade meurt le 2 juin 1883.

Autopsie le 3 juin : grand amaigrissement. Pleurésie adhésive à gauche ; à droite, il n'y a d'adhérences qu'au sommet, et, dans le reste, la plèvre viscérale est très épaisse ; mais il y a un épanchement lamelliforme. Le poumon droit est creusé dans la moitié supérieure de quelques cavernes revêtues d'un commencement de membrane pyogénique. A gauche, il n'y a pas de membrane pyogénique ; l'ulcération paraît en voie de formation. Pas de pneumonie interstitielle, pas d'éruption de granulations. Dans le reste du poumon, il n'y a pas de groupes tuberculeux. — Poids des poumons, 1,800 gr. — Le foie paraît sain ; poids, 1380 gr. ; — rate, 165 gr. ; — reins, 285 gr. ; — cœur, 250 gr., aorte étroite, un peu flasque.

Il ne se faisait donc pas d'éruption de granulations chez ce malade.

En résumé, le tracé de température que nous avons placé à la fin de ce travail (tracé n° 1), et qui a été recueilli chez le malade, montre que l'iodure a agi favorablement contre la fièvre. Plus tard, son action est moins marquée. Néanmoins, nous avons constaté une augmentation de l'appétit, une augmentation de l'urée, une diminution de l'expectoration, une augmentation de poids, la cessation des douleurs névralgiques. La physionomie est devenue meilleure ; le malade s'est senti mieux, et bientôt a pu se lever quelques heures, ce qu'il n'avait pas fait depuis son entrée. Notons enfin le peu de bacilles trouvés dans les crachats pendant les derniers jours de sa vie, et l'absence d'éruption de granulations constatée à l'autopsie.

OBSERVATION II

1^{er} SÉJOUR : INDURATION DU SOMMET GAUCHE, FOYER
CAVERNULEUX A LA BASE DROITE. — 2^e SÉJOUR : VASTE
INFILTRATION ET EXCAVATION DU POUMON DROIT.

Antoine-Pierre F..., 20 ans, peintre en voitures, né à
Lyon, entré le 16 janvier 1883, lit n° 23, salle Sainte-
Elisabeth,

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade n'a pas eu de signe de
scrofule dans son enfance. Sa maladie actuelle, qu'il attribue à des
refroidissements répétés, a débuté au mois de juin de l'année passée.
Il ressentit subitement des points de côté, de la toux, de l'oppression,
de la fièvre, et fut obligé d'entrer à l'hôpital. Au bout de quelque
temps, il en sortit amélioré, et put reprendre son travail, mais il
restait maigre et sans forces. La toux ne l'a jamais quitté. Enfin,
depuis 3 mois, le malade a dû cesser tout travail.

Actuellement, il se présente avec un état de dyspnée marqué. Il se
plaint de douleurs thoraciques vagues. La toux est peu fréquente,
mais l'expectoration est assez abondante et purulente. A l'examen
de la poitrine, en arrière, on ne voit pas de déformation notable. La
sonorité paraît moindre dans tout le côté droit, et elle est surtout
diminuée à la base. A l'auscultation, on entend du côté droit, à la
partie moyenne du poumon, une respiration soufflante, et à la base
des râles sous-crépitaux nombreux. Rien de notable en avant. Etat
fébrile marqué, sueurs nocturnes abondantes. Appétit diminué; pas
de diarrhée. Un peu d'albumine dans l'urine. Cautérisations ponc-
tuées à la base droite; atropine, 0,002 millig.

Etat actuel au 16 avril jour où le malade revient de Longchêne, où
il a fait un séjour d'un mois. En avant, on a de la matité sous la
clavicule droite. Les vibrations thoraciques sont exagérées au même

niveau. A l'auscultation, on entend au même point des râles caverneux. Rien à gauche. En arrière, on trouve de la submatité dans toute la hauteur du poumon droit et de l'augmentation des vibrations. A l'auscultation, la respiration est soufflante au sommet droit. Dans le reste du poumon, on a du souffle, des râles sous-crépitaux, nombreux jusqu'à la base. Rien du côté gauche. Urines albumineuses. Le malade n'a jamais été traité par l'iodure.

21 avril : même état local.

4 mai : toujours matité et gargouillement à la base du poumon droit.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines de 24 h.	Urée
		m.	s.		c. c.	gram.
avril	Villog.					
18		»	»	créosote 6 pil., ext. théb. 0,05.	1420	20,60
19		»	»	urines albumineuses	1810	10,40
20		»	»	vomissements	1540	14,25
21		38°8	39°3	vomissements	2020	15,60
22	53.700	38.2	40.2	.....	1820	14,10
23		39.2	40.7	vomissements	1930	14
24		39.5	40.1	iod. pot., 4 gr., vom.....	1790	18,80
25		39.7	39.4	vom.....	1880	20,50
26		39.5	39.4	augmentation d'appétit	2280	14,25
27		39.4	39.9	le malade se trouve mieux ..	2360	13
28		39.9	39.2	facies meilleur	1600	10,80
29		39.4	39.4	.....	2230	16,70
30		39.3	38.9	.....	1630	16,30
mai						
1		38.7	38.8	.....	1670	14,60
2	54.500	38.6	39	pas d'œdème.....	1760	12,80
3		38.4	39.8	.....	1970	11,30
4		38.6	39.1	.....	2070	11,40
5		37.8	39	albumine, environ 10 gr....	1880	13,70
6		38.2	39	2 gr. d'iodure au lieu de 4 gr	2070	16,60
7		38.5	39	œdème léger des membres inf	1880	12,20
8		38.7	39.2	.....	1430	11,80
9		38.5	39	.....	1860	14,80
10		38.4	39	.....	1360	12,20
11		38.4	39	.....	1040	10,40
12		37.7	38.5	suppression de l'iodure.....	800	12,10
13		38	39.2	moins d'albumine.....	830	12
14		37.8	38.6	vesicatoire sur la poitrine ...	1150	19,60
15		37.9	.....	moins d'album., diarrhée ...	850	15,50
16				œdème du scrot. et des m. inf	800	13
17				œdème aug., tis. de q. de ceri.	1350	20,25
18					850	15,90
19				l'œdème diminue.....	1010	10,90
20				bacilles nomb. d. les crachats	1060	7,70

Le malade meurt le 27 mai.

Autopsie le 28 mai : le poumon droit est creusé de cavernules. Les cavernes principales siègent à la partie moyenne et en arrière ; c'est-à-dire à la partie supérieure du lobé inférieur. Le poumon gauche est congestionné, et présente des nodi caséeux en grappes, mais pas de cavernes. — Poids du poumon droit : 980 gr. ; — du poumon gauche : 740 gr. ; — cœur : 305, normal en apparence ; — rate : 265 gr. ; — reins : 600 gr., substance corticale grasse et jaune ; — foie : 1675, normal.

Résumé : augmentation de poids, augmentation d'appétit, diminution de la fièvre (tracé n° 2). Nous avons à noter, il est vrai, une augmentation de l'albumine dans l'urine, sous l'influence de l'iodure, mais il n'y a pas eu d'accidents cérébraux, et l'albumine a diminué après la suppression du médicament. Une augmentation passagère de l'urée a suivi la prescription et la suppression de KI.

OBSERVATION III.

VASTES EXCAVATIONS DES SOMMETS.

Auguste D..., 25 ans, domestique, né à Sainte-Foy-l'Argentière (Rhône) ; entré le 26 avril 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 20.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade n'est pas scrofuleux ; la maladie actuelle a débuté, il y a environ trois ans, à la suite de refroidissements répétés et d'excès de boisson. Elle a toujours eu

une marche chronique. Il y a 3 ou 4 mois environ, le malade fut pris d'une diarrhée qui ne disparut qu'au bout d'un temps assez long. C'est surtout depuis ce moment que son état s'est aggravé et qu'il a commencé à avoir de la fièvre.

Actuellement, il paraît très amaigri. La face est vivement colorée, surtout au niveau des pommettes; la peau est chaude, couverte de sueurs; le pouls est fréquent. Il a eu des sueurs nocturnes abondantes, il en a moins à présent. Le malade se plaint de quelques points de côté assez vagues et peu douloureux. La dyspnée est très marquée; la toux est peu fréquente; elle amène l'expectoration de quelques crachats absolument purulents et homogènes. Il y a un enrrouement persistant. A l'inspection de la poitrine en avant, on constate de la voussure à gauche et de l'affaissement à droite. La percussion dénote, en arrière, à la partie supérieure des deux poumons, une sonorité exagérée aux deux bases. On ne peut avoir les vibrations thoraciques à cause de l'aphonie. A l'auscultation à gauche, dans près de la moitié supérieure du poumon, on a un souffle creux très marqué, et, plus bas, de gros râles sous-crépitaux très nombreux. La toux et la voix ont un timbre caverneux. Il y a de la pectoriloquie aphone. A droite, le souffle est encore plus creux et amphorique; il s'étend à la moitié supérieure environ. On n'a ni tintement métallique, ni bruit de succussion hippocratique. Plus bas, on a des râles très abondants.

Avant, on a du tympanisme sous les deux clavicules. A l'auscultation, on entend un souffle caverneux des deux côtés, mais plus creux à droite. Au dessous, il y a des râles. Rien au cœur.

On a de la submatité à 2 centimètres au dessus du mamelon, quand le malade est assis, et du tympanisme quand il est couché. Dans le même point, on constate un souffle amphorique quand il est couché et une absence de murmure quand il est assis.

L'appétit est aboli. Il n'y a pas de vomissements. On ne trouve rien à noter du côté de l'abdomen, si ce n'est un peu d'ascite. Il y a aussi un peu d'œdème des membres inférieurs. La diarrhée a disparu.

30 avril : les vibrations thoraciques sont diminuées du côté droit. Le malade expectore à peine un demi crachoir en 24 heures. On

trouve également un peu de tympanisme à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite et de la submatité à la partie externe.

4 mai : le tympanisme a fait place à une submatité générale à tonalité peu élevée. Le souffle amphorique est plus intense qu'e jamais, sans râles, sans tintement métallique. Le bruit d'airain est assez net. L'expectoration diminue.

Vin de Bordeaux, café, lait, limonade gaz., extrait théb. 0,08 centigr.

Dates	Température		Remarques	Urines de 24h.	Urée
	m.	s.		c. c.	gram.
avril					
29	38°2	38°8	poids 44 kil., 20 pil. créos.....	530	9.40
30	38.7	38.6	urines foncées.....	450	7.60
mai					
1	38.4	38.9	.....	600	8.20
2	38.5	39.3	.....	430	6.10
3	38	39	.....	550	9
4	37.8	38.3	dyspnée — inject, morphine.....	460	6.30
5	33	39	.....	380	7.30
6	38.4	40	.....	310	7.90
7	38.4	39	vomissement.....	250	6.30
8	37.4	38.6	2 inject. morph. — iod. pot., 3 gr.	260	5.60
9	37.3	38.8	poids 43 kil. 100 vomiss.....	200	4.60
10	37.4	38.2	suppr. de l'iodure.....	380	7.40
11	»	»	.....	290	4.90
12	»	»	dyspnée plus grande.....	95	2.40
13	»	»	mort à minuit.....	»	»

Autopsie le 14 mai : la plèvre pariétale aux deux sommets est doublée intérieurement d'une petite couche de tissu pulmonaire mince comme une feuille de papier. Ainsi il y a une excavation à chaque sommet. Ces excavations, de la dimension d'un gros poing, sont irrégulières et tapissées par une membrane lisse avec des colonnettes saillantes. Elles sont remplies de liquide trouble. La plèvre est partout adhérente. Le reste des deux poumons est infiltré de granulations. — Poids des poumons : 1,020 gr. et 850 gr.; cœur petit : 240 gr.; rate ; 240 gr.; foie gras : 2,150 gr.; reins pâles : 285 grammes. — Il n'y a pas de granulations dans les autres organes.

Résumé : L'iodure a produit une diminution de la fièvre et de l'urée (tracé n° 3).

OBSERVATION IV.

INFILTRATION DU POUMON GAUCHE.

Benoît V..., cultivateur, 21 ans, né à Echalas (Rhône),
entré le 19 février 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 41.

Pas d'antécédents héréditaires. La maladie actuelle a débuté, il y a 3 ans environ, à la suite de refroidissements. Depuis lors, le malade tousse, crache, a de l'oppression, en même temps que ses forces, son appétit et son embonpoint ont peu à peu diminué. Sa maladie a toujours eu une marche chronique. Il y a eu quelques hémoptysies légères.

Actuellement, la face est pâle et amaigrie; le malade a de temps en temps quelques sueurs nocturnes. Il dit n'avoir pas beaucoup maigri. Le thorax est peu développé. La dyspnée est peu marquée, mais à peu près continue. La toux est fréquente et les crachats sont muco-purulents.

A l'examen de la poitrine, en arrière, les sommets sonnent mal à la percussion, et la sonorité, d'une façon générale, paraît moindre du côté gauche. A l'auscultation, on a, à gauche, des râles sous-crépitants secs, nombreux, dans toute la partie supérieure du poumon, de la diminution du murmure vésiculaire, mais pas de souffle. Rien à droite. En avant, il y a de la submatité sous la clavicule gauche et des râles sous-crépitants du même côté. Rien au cœur.

L'appétit est diminué; le malade vomit quelques fois à la suite de quintes de toux. Pas de diarrhée.

Dates	Poids	Remarques	Urines de 24 h	Urée
février	kilog.		c. c.	gram.
25	62.300	lait 1/2 lit., 10 pil. créos	1750	29.75
26		h. foie de morues, 30 gr.	1200	24
27		excès de vin	1470	33.90
28			1120	19
mars				
1			1760	25.10
2			1460	19.80
3		suppr. h. de foie de mor	1490	22.40
4	62	.....	1520	17.50
5			540	12.40
6			1130	26
7			1440	25.50
8			1190	20.50
9	61.700	.....	1400	17.50
10			1470	17.30
11			1340	16.80
12			1640	14.40
13			1340	16
14			1440	15.80
15			1230	23.60
16	62	.....	1370	21.60
17			1000	23
18			1350	17.60
19			1050	19.70
20			1250	23.30
21			1260	18.75
22			1080	22.95
23			1100	20
24			1200	21.90
25			800	13.20
26			1350	15.80
27			1110	15.30
28			1740	21.30
29			1700	25.50
30			1410	19.70
31	62	.....	1730	19.90
avril				
1			1430	19.30
2			1420	19.60
3			1500	24.40
4		iod. pot. 1 gr	1950	16.10
5		3 selles diarrhéiques	670	13.40
6			1210	19.60
7			1010	13.10
8	62.200	.....	1580	16.90
9		diarrhée, 2 selles	700	15.90
10			1270	27.40
11		toux et crachats plus rares	1260	23.10

Dates	Poids	Remarques	Urines de 24 h	Urée
	kilog		c. c.	gram.
12	.....	.....	1220	20.50
13	.....	2 selles diarrhéiques.....	1350	14
14	.....	.....	1310	20.60
15	.....	.....	1260	19.80
16	62	lait 1/2 litre.....	2080	22.90
17	.....	.....	850	48.10
18	.....	.....	950	17.80
19	.....	.....	1050	22
20	.....	pas d'iodure.....	1500	25.10
21	.....	pas d'iodure.....	1480	22.50
22	.....	.....	1600	17.50
23	62.500	indigestion.....	960	17.80

Le malade part pour Longchêne. A son arrivée, il se refroidit et la maladie s'aggrave.

Il revient à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1883. Il est très amaigri, sans forces et est obligé de garder le lit. La température est assez élevée. A la palpation, on reconnaît que les vibrations thoraciques sont augmentées au sommet gauche. Il y a en outre de la matité aux deux sommets, surtout à gauche, où l'on entend, à l'auscultation, une respiration soufflante. En avant, on trouve quelques râles humides sous la clavicule droite et de la matité à la base du poumon droit. Les crachats sont abondants, muco-purulents.

Dates	Température		Remarques	Urines de 24 h	Urée
juin	m.	s.		c. c.	gram.
6	39°4	39°9	.....	»	»
7	39	39.8	sulf. quin., 1 gr.....	550	7.70
8	39.3	39.4	id. — le malade répond vaguem.	860	3.90
9	39.3	40.1	iod. pot. 5 gr.....	320	7.60
10	39.3	39.6	id.	590	14.80
11	39.4	39.6	(pas d'iodure) — subdélirium....	340	8.85
12	39.5	39.5	suppr. de l'iod. — subdélirium...	340	6.30
13	38.9	»	eschares au sacrum. — subdélirium	210	4.80
14	»	»	bacilles nomb. dans les crachats.	»	»

Le malade meurt le 15 juin.

L'autopsie est faite le 16 juin. — Les deux poumons sont assez volumineux, le poumon droit surtout, qui présente un emphysème

compensateur et qui pèse 980 grammes. Ce poumon ne présente pas de cavernes, mais il offre plusieurs larges zones d'infiltrations granuleuses, jaunes et petites. Le poumon gauche, dont le poids est de 880 grammes, offre de semblables lésions, et, de plus, trois ou quatre cavernes tapissées par une membrane et qui sont du volume d'un petit œuf. Le sommet, notamment, présente une cavité anfractueuse produite par la présence de trois ou quatre cavernes semblables. — Adhérance totale du poumon gauche — Cœur normal, 315 gr.; rate, 236 gr.; les deux reins, 360 gr. Le foie, qui pèse 1,400 gr., ne présente pas de granulations visibles. Le cerveau est à peine congestionné. Les cavités ventriculaires sont un peu dilatées. A la base et aux environs de la scissure de Sylvius, il y a un bon nombre de très grosses granulations. Cette méningite tuberculeuse explique le subdelirium que présentait le malade dans les derniers jours de sa vie.

L'urine recueillie post mortem ne présente pas d'albumine. Urée : 19 gr. 75.

Inefficacité contre la fièvre du sulfate de quinine et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION V.

RAMOLLISSEMENT DES SOMMETS.

Pierre-Joseph M..., âgé de 23 ans, chauffeur, né à Jallieu (Isère), entré le 17 avril 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 25.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade ne présente aucune trace de scrofule et il a toujours été robuste. Il attribue sa maladie aux refroidissements répétés. Elle a débuté, il y a environ deux ans,

d'une manière lente et progressive, par de la toux, de l'oppression et quelques points de côté. Depuis deux mois, l'embonpoint et les forces ont beaucoup diminué.

Actuellement, le malade paraît amaigri; il a des sueurs nocturnes assez abondantes, mais pas de fièvre. La toux est quinteuse et pénible. Les crachats sont rares, muco-purulents. Jamais d'hémoptysies.

A la percussion, la sonorité paraît diminuée aux deux sommets. Dans le reste de la poitrine, la sonorité est plutôt exagérée. Les vibrations thoraciques sont diminuées des deux côtés. A l'auscultation, dans toute la partie supérieure du poumon gauche, la respiration est excessivement rude, presque soufflante, entrecoupée. On entend quelques craquements au sommet droit. La respiration est normale dans le reste de la poitrine.

En avant, la sonorité est moins marquée sous la clavicule gauche que sous la clavicule droite. A l'auscultation, la respiration y est un peu plus rude. On n'entend pas de craquements. Rien au cœur.

1^{er} mai : l'appétit est considérablement diminué. Les digestions se font difficilement et le malade a de temps en temps des vomissements bilieux, à la suite de quintes de toux. L'abdomen n'est ni volumineux, ni douloureux; pas de diarrhée.

15 mai : le malade est de plus en plus faible. La toux est fréquente et les vomissements accompagnent souvent les quintes. Le malade a de la diarrhée de temps en temps.

20 mai : faiblesse plus grande. Le malade, qui doit partir pour Longchêne, est obligé de rester à l'Hôtel-Dieu.

25 mai : le malade tient le lit; la toux est très fréquente et les crachats sont abondants. Les bacilles sont nombreux dans les crachats depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Dates	Température		Remarques	Urine de 24h.	Urée
	m.	s.		c. c.	g.
mai					
29	38° 8	39°	.....	750	12.10
30	38.7	38.5	le malade ne mange plus.....	860	13.10
31	38	39.8	.....	590	9.20
juin					
1	38.6	38.8	.....	740	12.50
2	38.6	40	.....	630	11.30
3	38.2	39.8	iodure de potassium 4 grammes..	570	13.25
4	38.8	39.7	iodure de potassium 5 grammes..	690	14.50
5	39	39.8	iodure de potassium 2 grammes..	740	13.75
6	39.4	39.7	suppr. iodure, convulsions.....	1120	18.50
7	38.1	38.4	température axillaire.....	670	13.30
8	38.8	39.2	convulsions-inject. morphine	780	6.76
9	38.2	38.2	convulsions-inject. morphine	»	»

Le malade meurt le 10 juin.

Autopsie le 11 juin. Œdème de la pie-mère, congestion générale du cerveau; ventricules un peu dilatés; mais ce qui domine, c'est le piqueté de la substance blanche. Les poumons sont creusés dans leur moitié supérieure de cavernules nombreuses. A gauche, elles s'anastomosent toutes entre elles. Granulations jaunes.

On trouve des lésions de même nature à droite, mais moins avancées. Le cœur est normal, sauf que les artères coronaires sont larges et présentent quelques rares taches jaunes à leur intérieur. Le foie est sain, la rate un peu grosse, les reins également sains.

Inefficacité de l'iodure.

OBSERVATION VI.

LARYNGITE TUBERCULEUSE.

Renaud M..., 38 ans, guimpier, entré le 10 mai 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Elisabeth, n° 43.

Pas d'antécédents héréditaires; bonne santé dans l'enfance. Il y a 14 ans, le malade a eu un chancre de la rainure, qui n'a pas laissé de traces notables et qui n'a pas été suivi d'accidents. A deux ou

trois reprises différentes, le malade a eu des symptômes laryngés, qui se sont surtout accentués depuis quatre mois. Le malade n'a jamais eu d'expectoration épaisse, ni d'hémoptysies. Actuellement, il a une dyspnée laryngée considérable, allant jusqu'au cornage, et une aphonie à peu près complète. Les douleurs sont vives au moment de la déglutition et empêchent l'alimentation. L'expectoration est abondante, composée d'un liquide muqueux, et à l'examen du thorax, en arrière, la sonorité est normale à gauche, diminuée à droite à partir de la fosse sous-épineuse. A l'auscultation, on entend de chaque côté une respiration rude, soufflante, mais pas de râles. En avant, on trouve une légère submatite sous la clavicule droite, et, à l'auscultation, des râles sonores. A gauche, on constate de l'obscurité du murmure vésiculaire. Les bruits du cœur sont faibles, les battements rapides. Le malade a de la diarrhée de temps en temps ; pas de sueurs nocturnes.

Urines peu foncées albumineuses.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines de 24h.	Urée
		m.	s.			
mai	kilog.				c. c.	g.
24	49.	38°6	38°3	.....	570	6.50
25	.....	39.5	38.7	iod. pot. 5 gram.....	360	4.30
26	.....	39.6	38.5	bacilles dans les crachats...	540	4.70
27	.....	38.3	37.9	.....	620	5.50
28	.....	37.7	37.9	.....	730	6.10
29	.....	38.2	38.2	.....	650	5.20
30	.....	39.1	38.4	urines non albumineuses....	540	4.75
31	49.500	39.8	38.7	(pas d'iodure).....	630	4.65
juin						
1	.....	38.8	38.5	.....	700	5
2	.....	38.2	37.9	.....	1220	6.00
3	.....	38.8	38.5	.....	920	6.10
4	.....	38.6	38	diarrhée.....	800	5.30
5	48.700	38.7	38.2	larynx plus douloureux....	1140	9.70
6	.....	38.3	38.5	.....	1200	10.25
7	.....	38.2	38.4	larynx moins douloureux....	860	4.30
8	.....	37.8	37.8	.....	1100	8.25
9	.....	37.9	37.6	.....	980	9.55
10	.....	37.8	37.5	.....	1350	9.40
11	.....	37.7	37.6	urines non albumineuses....	1200	7.20
12	50.500	37.5	37.5	.....	960	6.70
13	.....	»	»	.....	1000	11.10
14	.....	»	»	.....	1330	19.90
15	.....	»	»	.....	890	10.90
16	.....	»	»	bacilles rares dans les crachats	1000	8.25
17	52	»	»	.....	1310	12.50

L'iodure a produit une diminution de la fièvre (tracé n° 6), une augmentation du poids du corps, une grande amélioration dans l'état du malade, qui conserve de l'enrouement, mais tousse peu et crache peu.

Bien que nous n'ayons pas suivi l'urée avant l'administration du médicament, nous ne doutons pas de son augmentation après quelque temps de l'emploi de l'iodure.

OBSERVATION VII.

INDURATION PULMONAIRE BILATÉRALE; EMPHYSÈME

VICARIANT PLUS AGCUSÉ A DROITE.

Jean-Joseph R..., âgé de 32 ans, garçon de café, né à Usseaux (Italie), entré le 12 juin 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 25.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade n'a pas eu de maladies antérieures; il avoue quelques excès alcooliques. Il y a deux ans, à la suite de refroidissements, le malade se mit à tousser et à cracher. Ces symptômes diminuèrent peu à peu d'intensité jusqu'à l'hiver suivant, où la maladie subit une aggravation et força le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il en sortit amélioré. Enfin, il y a 7 mois, les mêmes accidents reparurent : toux fréquente, quinteuse et pénible; jamais de sueurs nocturnes, ni d'hémoptysie; amaigrissement, perte des forces, points de côté, surtout à gauche, tels sont les symptômes que le malade accuse encore aujourd'hui. Il n'a pas de diarrhée, et l'appétit est conservé.

A l'examen du thorax, en arrière, la percussion dénote de la submatité au sommet gauche et de la matité au sommet droit. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué dans les deux fosses sus-épineuses. A droite, près de la colonne, la respiration est soufflante. Du même côté, on entend un certain nombre de craquements secs. On n'en trouve pas au sommet gauche.

En avant, sous la clavicule gauche, le murmure vésiculaire est diminué; les vibrations sont conservées et il y a un peu de matité. Sous la clavicule droite, la respiration est saccadée. On n'y trouve pas de râles. La percussion y dénote de la submatité; les vibrations sont égales à celles de l'autre côté. Rien au cœur. Les crachats sont muqueux, peu abondants. Les urines sont normales, sans albumine.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines de 24 h	Urée
		m.	s.		c. c.	gram.
juin	kilog.					
15		39°5	38°8	.....	720	9
16		38.8	39.1	.....	1240	14.80
17		39.4	38.7	.....	1840	13.35
18	51.500	38.9	39	iod. de pot. 4 gr.....	1880	16.90
19		36.9	39.4	.....	1330	15.60
20		39.5	39.5	.....	1920	10.60
21		39.4	38.6	(pas d'iodure)	1200	18
22		33.5	39.3	.....	1570	16.90
23		39.3	33.3	.....	1560	14.40
24		39.4	39.4	bacilles dans les crachats.	1370	16.45
25		38.9	39.3	.....	1520	17.25
26	52	38.8	38.9	iod. pot. 7 gr.....	1200	18.60
27		38.7	39.1	.....	1500	19
28		38.6	38	.....	»	»

L'iodure a produit un abaissement de la température (tracé n° 7), une augmentation légère de l'urée et du poids.

OBSERVATION VIII

RAMOLLISSEMENT DU SOMMET DROIT, INDURATION

DU SOMMET GAUCHE

Jean-Claude H..., 33 ans, ébéniste, entré le 28 mai 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 23.

Il y a 5 mois, le malade a commencé à tousser et à cracher. Il a eu quelques hémoptysies, de petits frissons, parfois de la diarrhée; pas de sueurs nocturnes. L'amaigrissement a toujours augmenté depuis cette époque.

Actuellement, le malade a perdu l'appétit et les digestions sont pénibles. La toux est quinteuse et la dyspnée assez considérable. L'expectoration est épaisse, muco-purulente et très abondante.

A l'examen du thorax, en arrière et à droite, on trouve une matité qui descend jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. La respiration est rude au sommet; à partir de l'omoplate, on entend de nombreux craquements humides et fins. A gauche, on constate une matité limitée à la fosse sus-épineuse; il n'y a pas de râles.

En avant et à droite, on trouve de la matité et de l'augmentation des vibrations sous la clavicule. Dans toute l'étendue du poumon, on entend des râles sibilants et dans la région sous-claviculaire, on perçoit, en outre, un certain nombre de râles sous-crépitants. A gauche, la respiration est un peu rude. Rien au cœur, — urines normales; — rien au foie. — Nombreux bacilles dans les crachats, qui sont muco-purulents.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines des 24h	Urée
		m.	s.		c. c.	gram.
mai	kilog.					
30	.....	38°5	39°6	créosote 10 pil.....	540	14
31	64.500	38.6	38.9	.....	630	12.50
juin						
1	.....	38	38.4	.....	578	8.90
2	.....	38.8	39.3	.....	750	9.70
3	.....	39.9	38.4	.....	625	11.20
4	.....	38.1	39.8	.....	710	13.50
5	63.500	39	39.1	.....	740	12.25
6	.....	39.1	38.9	.....	620	11.70
7	.....	38	39.1	iod. pot. — 5 gr.....	1380	19.90
8	.....	38.4	40.2	.....	860	(4.50)
9	.....	38.8	39.8	(pas d'iodure).....	1000	19.50
10	.....	38.6	39.8	.....	960	12.55
11	61	40.4	39.8	.....	830	17
12	.....	40	39.2	suppression de l'iodure...	630	(5.40)
13	.....	39.9	40	.....	760	10.20
14	.....	39.9	39.3	.....	690	14.25
15	.....	39.8	39.8	.....	630	14.50
16	.....	39.9	39.6	.....	660	13.10
17	59 600	38.9	38.7	.....	720	14

L'iodure n'a pas diminué la fièvre et a augmenté l'urée.

OBSERVATION IX

RAMOLLISSEMENT DES DEUX SOMMETS

Adrien C..., 33 ans, frotteur, entré le 25 mai 1883 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Elisabeth, n° 35.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a eu la rougeole dans son enfance. Depuis 1870, il s'enrhume tous les hivers, mais les symptômes n'ont pris une réelle intensité qu'en mai 1881. Depuis

cette époque, la toux est fréquente et les crachats sont abondants. Les forces ont considérablement diminué, l'amaigrissement est assez marqué, et l'appétit a presque complètement disparu. La diarrhée est fréquente; il y a quelques vomissements, pas de sueurs nocturnes.

Le malade attribue sa maladie aux refroidissements répétés.

A l'examen du thorax, en arrière, on trouve de la submatité aux deux sommets, avec léger tympanisme à gauche. A l'auscultation, on entend, de chaque côté, dans les fosses épineuses, quelques râles humides et sibilants : à droite, ils s'entendent jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. En avant, on constate un léger tympanisme sous la clavicule gauche. A l'auscultation, on entend un certain nombre de râles cavernuleux, avec un souffle présentant le même caractère. A droite, on a quelques râles humides, sans souffle, et de l'obscurité du murmure vésiculaire. Les bruits du cœur sont tumultueux. Le pouls est petit, fréquent, assez régulier. Les urines sont normales, sans albumine.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urine de 24h.	Urée
	kilog.	m.	s.		c. c.	gram
mai						
26	44.900	.....	39°3	.....	1110	13
27	.....	38°4	38.4	.....	1200	10.50
28	.....	38.8	37.7	iod. pot. 5 gram.....	920	9.50
29	.....	38.6	30.5	id.	850	8.60
30	.....	38.4	38.5	id.	960	7.35
31	45.500	38.5	39	id.	740	6.70
juin						
1	.....	38.6	37.8	id.	570	5.80
2	.....	39.2	39.1	id.	680	7.90
3	.....	39.3	»	id.	760	6.85
4	.....	39	38	id.	910	9.90
5	44	38.5	39.2	iod. pot. 8 gram.....	870	16.75
6	.....	38.7	39.7	id.	970	11.25
7	.....	38.3	39.2	iod. de pot. 3 gram.....	1180	10
8	.....	38.3	30.8	indigestion.....	1300	10.10
9	.....	38.6	39.1	pas d'iod. — vomiss.....	500	7.65
10	.....	38.6	39.1	suppr. de l'iodure.....	770	14.80
11	.....	38.8	40.1	phlébite du membre inf. g...	630	11
12	.....	38.5	39.3	urines non albumineuses....	280	5.10
13	.....	38.3	39.4	.....	340	7.70
14	.....	39.6	39.5	.....	520	9.60
15	.....	38.5	49.3	.....	630	11.70
16	.....	38.5	38.2	la phlébite diminue.....	330	7.10

Le malade meurt le 23 juin.

Autopsie le 25 juin : adhérence intime du sommet gauche, qui présente une grosse caverne cicatrisée. Dans le reste du poumon, il y a des granulations jaunes disséminées. Le poumon droit très gros, très emphysémateux, présente également des granulations jaunes infiltrées ; foie grassex, 1900 gr. ; rate, 200 gr. ; reins, 285 gr. ; cœur flasque, 300 gr.

Inefficacité de l'iodure contre la fièvre. Cependant il y a eu augmentation d'appétit et facilité plus grande des digestions. L'urée a diminué au début, puis a augmenté.

OBSERVATION X

RAMOLLISSEMENT DES DEUX SOMMETS

Jean J..., âgé de 20 ans, boulanger, né à Thiers (Puy-de-Dôme), entré le 29 mai 1883 salle Sainte-Elisabeth, n° 36.

Épanchement moyen à gauche. Souffle et égophonie limités en dehors de l'omoplate. En arrière, au sommet gauche, augmentation des vibrations ; diminution en avant, tympanisme sous la clavicule gauche, bacilles dans les crachats.

La mère du malade est morte d'épuisement à 46 ans. Lui-même a eu quelques ganglions engorgés sous la mâchoire, dans son enfance. Il s'enrhume tous les hivers depuis longtemps. Depuis un mois et demi, les symptômes thoraciques ont reparu avec une intensité plus grande. La toux est fréquente, l'expectoration épaisse et abondante. Il y a de l'amaigrissement et de la perte des forces ; jamais d'hémoptysie. Il y a 15 jours, le malade a ressenti pour

la première fois des points de côté, surtout à gauche. Depuis cette époque, il est plus faible et plus fatigué. Il n'a cependant renoncé à son travail que depuis quatre jours. Pas de frissons, pas de fièvre, diarrhée de temps en temps, perte d'appétit depuis 8 jours.

Etat actuel : facies pâle, un peu bouffi, contrastant avec l'amaigrissement des membres. La peau est chaude, la dyspnée assez accentuée. — A la région postérieure gauche du thorax, on trouve de la matité dans la fosse sous-épineuse à partir du tiers moyen, et de la submatité latéralement. Par les changements de position, on n'obtient pas de déplacement notable du liquide. Les vibrations normales au sommet sont un peu augmentées dans la fosse sous-épineuse, diminuées en bas et latéralement. A l'auscultation, on entend au sommet des craquements secs, peu nombreux. Dans la fosse sous-épineuse, on a un souffle aigü, intense, s'entendant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Au même niveau, la voix retentit d'une façon exagérée, et on trouve de l'égophonie au-dessous de l'épine de l'omoplate et sur un point assez limité. A la base, il y a de l'obscurité du murmure vésiculaire. — A droite et en arrière, le sommet est mat. Dans les fosses sus et sous-épineuses on entend des craquements humides nombreux.

En avant et du côté gauche, il existe du tympanisme sous la clavicule, de la diminution des vibrations, pas de râles ; la fin de l'expiration est soufflante. A droite, on note seulement un peu d'obscurité du murmure vésiculaire. — Au cœur, les battements sont précipités, les bruits normaux ; le pouls est assez régulier et mou. — Les urines sont normales, sans albumine. Crachats mucopurulents.

1^{er} juin : le souffle paraît se continuer avec celui de la racine des bronches, il est un peu moins aigre.

6 juin : le souffle prend un caractère pseudo-caverneux.

7 juin : le souffle est moins marqué.

7 juin : les vibrations, à gauche, sont plutôt diminuées ; le souffle a un caractère pseudo-caverneux très accusé.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines de 24h.	Urée
		m.	s.		c. c.	gram
juin	kilog.					
4	48.200	39°	39°3	digitale 0.60.....	600	13.33
5		38.5	39.1	.....	650	9.60
6		38.4	38.7	.....	690	14.50
7		37.8	39.3	.....	760	15.40
8		39.1	39.6	.....	660	14.90
9		38.8	39	iod. pot. 4 gr. suppr. digitale	680	14
10		39	38.9	.....	1200	15.30
11	48.300	38.9	39.3	.....	1570	20
12		39.4	37.4	.....	1420	16.10
13		39.4	39.7	.....	2080	22.40
14		39.3	38.9	suppr. iodure.....	960	11.30
15		38.7	39.1	.....	610	13.40
16		38.9	39.1	.....	810	10.70
17		39	39.4	iod. pot. 4 gr.....	870	15.45
18		39.7	38.7	.....	1150	22.70
19	47.500	38.9	38.9	.....	1290	23.20
20		38.9	39.1	.....	1170	21.10
21		38.6	38.4	.....	1200	16.50
22		38.8	39.3	.....	820	14.35
23		38.7	40	.....	1200	22.20
24		38.6	39.7	.....	»	»
25		38.4	39.2	.....	1370	20.20
26		38.5	39	iod. pot. 6 gr.....	890	18.60
27		38.2	39.2	.....	900	20.10
28	47.500	38	»	.....		

L'iodure a augmenté l'appétit et l'urée.

OBSERVATION XI.

INDURATION DES DEUX SOMMETS.

François D..., âgé de 29 ans, garçon de café, né à Chambéry (Savoie), entré le 16 juin 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 37.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a eu la variole en 1870 et une bronchite pendant son service militaire. Depuis 14 mois, la toux est fréquente, l'amaigrissement augmente chaque jour et l'appétit est considérablement diminué. Au mois de mai dernier, pendant

que le malade faisait ses 28 jours, les symptômes se sont aggravés, la toux est devenue plus fréquente et l'expectoration plus épaisse. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

Actuellement, la faiblesse du malade est très grande. Il accuse quelques points de côté à gauche et la dyspnée survient sous l'influence du moindre effort. Les sueurs nocturnes sont abondantes, l'appétit diminué; la constipation alterne avec la diarrhée; l'amaigrissement est assez prononcé. Le malade dit avoir pesé 95 kilog.

A l'examen du thorax, en arrière et à droite, on constate de la matité dans la fosse sus-épineuse et de la submatité dans la fosse sous-épineuse; l'expiration est soufflante et un peu prolongée. Un certain nombre de craquements sont entendus dans le tiers supérieur du poumon. A gauche, on trouve de la submatité dans les deux fosses sus et sous-épineuses. Les vibrations thoraciques sont diminuées; le murmure vésiculaire est très obscur; on n'entend ni râles, ni souffle.

En avant et à droite, il y a de la submatité et de l'augmentation des vibrations thoraciques sous la clavicule. La respiration y est un peu rude. A gauche, on trouve une diminution du murmure vésiculaire et quelques craquements. Les bruits du cœur sont normaux, un peu faibles.

Les urines sont assez colorées, sans albumine.

Dates	Poids	Température		Remarques	Urines de 24 h	Urée
		m.	s.			
juin	kilog.				c. c.	gram.
17	51.500	»	38°9	créoşote 10 pil	850	12.10
18	.....	37°8	39.2	.....	550	6.75
19	.....	39.3	39	iod. pot. — 3 gr.....	530	6.80
20	.....	39.3	39.3	(pas d'iodure).....	950	9
21	.....	38.7	39.3	.....	640	9.20
22	.....	38.5	38.9	.....	760	6.80
23	.....	39.1	39.1	.....	710	12.40
24	.....	38.5	39.4	.....	600	12.75
25	.....	38.3	38.2	.....	690	14.95
26	.....	37.9	38.8	iod. pot., 6 gr.....	440	8.15
27	50.500	38.9	39.6	.....	»	»
28	.....	37.8	»	.....	»	»

OBSERVATION XII.

INDURATION BILATÉRALE DES SOMMETS, PLUS MARQUÉE A GAUCHE.

Jules D..., né à Saint-Victor-de-Morestel (Isère), frappeur, 22 ans, entré le 20 mars 1883, salle Sainte-Elisabeth, n° 7.

Le père et la mère du malade sont morts de fluxion de poitrine. Lui-même a été malade pendant presque toute son enfance. Il a commencé de tousser il y a environ 3 ans, à la suite de refroidissements répétés, auxquels l'exposait son métier (chauffeur). Il fit à ce moment un séjour de 15 jours à l'hôpital de Toulon. Depuis lors, il a gardé presque continuellement de la toux et un peu d'oppression, quelques douleurs dans la poitrine et les membres et beaucoup de faiblesse. Au mois de décembre passé, il partit au régiment, mais il fut aussitôt reconnu incapable de faire son service et fut réformé pour bronchite chronique spécifique.

Actuellement, son état général ne paraît pas très mauvais. Il est maigre, mais il dit n'avoir jamais été plus gras. Il a quelques bouffées de chaleur les après-midi et quelques sueurs pendant la nuit. Il ressent quelques douleurs vagues dans les deux côtés de la poitrine. La respiration est peu gênée; la toux peu fréquente; les crachats rares, muco-purulents; le malade n'a pas eu d'hémoptysies.

A l'examen de la poitrine, en arrière, on trouve une submatité aux deux sommets, plus marquée à gauche; la sonorité est normale partout ailleurs. A l'auscultation, on n'entend que des râles sibilants dans toute la hauteur du poumon gauche, mais ils sont plus nombreux au sommet; il n'y a pas de râles sous-crépitaux. A droite, la respiration est soufflante au sommet, surtout à l'expiration; on n'entend pas de craquements. En avant, la respiration est affaiblie sous

les deux clavicules. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est beaucoup plus obscur sous la clavicule gauche, où l'on entend quelques craquements secs. A droite, on a seulement quelques râles sibilants; pas de souffle. On ne trouve rien au cœur. L'appétit est assez bien conservé, mais les digestions sont lentes et le malade a des vomissements assez fréquents à la suite des quintes de toux.

3 avril : quelques râles sous-crépitaux au sommet droit; nombreux râles sous-crépitaux dans le poumon gauche. Crachats muqueux abondants.

Lait, vin 120 gr., tisane amère.

Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h.	Urée
février	kilog.		c. c.	grammes
22	57	urines pâles — potion diacode...	1720	26.20
23			1850	19.98
24			2000	20.50
25			1700	22.10
26			1160	20.60
27			810	15.50
28			910	17.10
29			1430	21.80
30			925	12.50
31	56.700	.....	1160	21.50
mars				
1			830	12.70
2			980	15.70
3		10 pilules creos.....	1020	14.80
4			920	13.10
5		pas créos.....	640	10.40
6		pas créos.....	840	12.80
7		le malade descend à la cour.....	350	7. »
8	56	.....	919	17.29
9			1100	17
10		pas de créosote.....	1030	16.20
11		pas de créos.....	1430	20.30
12			1360	18
13			1530	16.40
14			910	11.40
15	56.500	.....	1620	16.20
16		excès de vin.....	1640	25.80
17		pas de potion diacode.....	1830	20.10
18		malaise.....	1640	18.40
19			1470	16.40
20			1020	16.60
21			1880	18.30
22	56.200	.....	»	12.75
23			1110	13.30
24		iod. pot. 3. g. coryza, cephalalgie	1480	18.25
25		céphal., faiblesse des jambes....	1350	16.50

Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h.	Urée
mars	kilog		c. c.	grammes
26		excès de vin.....	1890	33
27			1050	18.60
28			1300	17.50
29			1410	14.10
30			2010	22.10
avril				
1			1580	14.60
2	56.500	.....	1630	13
3			1660	13.70
4		appétit augmenté, facies meilleur	1240	11.20
5	56.600	.....	1940	21.80
6			2100	16.30
7			1440	13.70
8			1740	13.50
9		l'appétit diminue.....	1820	11.40
10			1610	16.10
11		diarrhée 10 selles.....	930	19.30
12		diarrhée.....	683	12
13			1630	11.80
14		(pas d'iodure).....	1000	7.60
15		(pas d'iodure), excès de vin.....	1160	16.80
16			1330	13.20
17	56.200	peu d'appétit suppr. de l'iodure..	1220	12.50
18		diarrhée diascordium 4 gr.....	1000	13.25
19		traces d'iode dans l'urine.....	750	12.75

En résumé, l'iodure a produit une augmentation passagère du poids, de l'appétit et de l'urée. Nous devons noter aussi l'augmentation de l'urée sous l'influence de la créosote et l'action diurétique de l'iodure qui paraît s'être manifestée périodiquement.

OBSERVATION XIII.

INDURATION BILATÉRALE DES SOMMETS, PLUS MARQUÉE

A DROITE.

Louis X..., 23 ans, charpentier, né à Lyon, entré le 15 avril 1883, lit n° 31, salle Sainte-Elisabeth.

Pas d'antécédents héréditaires. Aucun signe de la diathèse scrofulleuse dans son enfance. Bonne santé habituelle. Il y a environ 6 mois, à la suite de refroidissements, il se mit à tousser et à avoir un peu d'oppression. Sa maladie n'a jamais présenté de phase aigüe bien marquée, mais il ne s'est jamais bien débarrassé de sa toux, et peu à peu il a maigri et perdu ses forces.

Actuellement, l'amaigrissement paraît assez marqué. Le malade a un peu de fièvre; le pouls est fréquent. Il a assez souvent des sueurs nocturnes; il accuse quelques points de côté vagues et changeants, une toux peu fréquente, assez souvent quinteuse. Ses crachats sont peu abondants, mais purulents. Il n'a pas eu d'hémoptysies; la voix est enrouée.

A l'examen de la poitrine, en arrière, il y a un peu de submatité à gauche, mais la respiration paraît plus rude et presque soufflante au sommet. En avant, la respiration est également plus rude sous la clavicule droite. Il n'y a pas de différence entre les deux côtés à la percussion. Les vibrations sont peu augmentées sous la clavicule droite. Rien au cœur.

L'appétit est à peu près conservé, mais il y a des vomissements de temps en temps, à la suite de quintes de toux. Pas de diarrhée.

Dates	Poids •	Remarques	Urines de 24 h	Urée
avril	kilog.		c. c.	gram.
18	.....	créosote 10 pil.....	1610	15.20
19	.....	.....	1560	13.65
20	.....	.....	870	9.30
21	.....	.....	1260	14.80
22	53	.....	1160	17.10
23	.....	.....	670	11.14
24	.....	hermès 4 past.....	1000	19.10
25	.....	vomissement.....	1030	16.75
26	.....	.....	850	13.40
27	.....	.....	850	12.55
28	.....	.....	1020	15.80
29	.....	.....	930	15.30
30	.....	vomissement.....	1250	18.75
mai				
1	.....	.....	620	10.70
2	52	pas d'appétit	630	11.10
3	.....	.....	1180	18.40
4	.....	.....	890	12.70
5	.....	.....	860	12.60
6	52.700	vomiss., iod. pot. 2 gr.....	780	9.55
7	.....	.....	1150	13.80
8	.....	appétit augmenté.....	1000	10.50
9	.....	gonflement des parotides.....	1100	12.10
10	.....	.....	1300	15.70
11	52.800	sortie du malade	1020	13.20

L'iodure a produit une augmentation d'appétit et de poids.

OBSERVATION XIV.

INDURATION DES SOMMETS.

Jacques B..., 35 ans, marchand ambulant, né à Jonquières (Vaucluse), entré le 25 avril 1883, lit n° 47, salle Sainte-Elisabeth.

Pas d'antécédents héréditaires. Il n'a eu dans son enfance qu'une ophthalmie rebelle. Il attribue sa maladie actuelle à des refroidissements répétés. Il a eu des hémoptysies, il y a 3 ou 4 ans. Depuis cette époque, il tousse un peu, a de temps en temps des points de côté, et il a maigri. Le mal s'est aggravé depuis le mois de septembre et a toujours eu une marche chronique. Enfin, au mois de novembre, le malade ayant reçu la pluie toute la nuit, la toux, la dyspnée, les points de côté augmentèrent, et il dut quitter son travail. Depuis, les symptômes se sont toujours accentués.

Actuellement, la face est pâle et amaigrie ; le malade a des sueurs nocturnes, mais pas de fièvre. Il se plaint d'un point de côté très douloureux, à droite. La toux est quinteuse et très pénible, la dyspnée assez marquée, les crachats franchement purulents.

A l'examen de la poitrine, en arrière, la sonorité est diminuée aux deux sommets et dans toute la hauteur du poumon droit. Dans le même point, les vibrations thoraciques sont un peu plus marquées. A l'auscultation, la respiration est soufflante au sommet gauche, sans râles et sans craquements. A droite, on entend quelques craquements au sommet, et, dans tout le reste du poumon le murmure vésiculaire est très diminué d'intensité. En avant, on trouve de la submatité sous les deux clavicules, de l'obscurité du murmure vésiculaire sous la clavicule droite, mais pas de craquements.

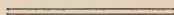
Dates	Poids	Remarques	Urines des 24 h	Urée
mai	kilog.		c. c.	grammes
3	53.700	diarrhée continuele.....	900	12
4	.....	.....	650	10.50
5	.....	.....	700	7.25
6	.....	.....	830	8.50
7	.....	.....	400	6.70
8	.....	.....	840	13.60
9	54	iod. pot. 3 gr.....	810	12.70
10	.....	.....	420	8.60
11	.....	.....	530	10.25
12	.....	.....	540	12
13	.....	.....	460	9.30
14	.....	angine	670	13.30
15	.....	.....	850	14.10
16	54.500	(pas d'iodure) dispar. de l'angine.	620	11.80
17	.....	.....	430	5.10
18	.....	diarrhée	480	4.60
19	.....	.....	390	4.60
20	54.600	plus de diarrhée, facies meilleur..	500	8
21	.....	diminution de l'expectoration....	590	11.20
22	.....	.....	420	10.30
23	.....	.....	430	8.30
24	54.500	.....	380	7.10
25	.....	.....	680	12.90
26	.....	.....	470	8
27	.....	.....	170	4.20
28	.....	.....	350	6.30
29	.....	.....	260	4.75
30	.....	.....	330	7
31	.....	.....	390	8.80
juin				
1	54.500	suppr. de l'iodure.....	400	6.40
2	.....	diarrhée	180	5
3	.....	diminution de l'appétit.....	530	9.40
4	54.200	.....	460	9.10

Nous avons à noter une augmentation de poids et d'appétit. La diarrhée n'a pas quitté le malade pendant tout son séjour à l'hôpital.

En somme, l'iodure a réussi chez un certain nombre de nos malades. Si maintenant nous examinons attentivement les cas où son emploi a été favorable contre la

fièvre, et si nous les comparons à ceux où le médicament est resté sans action, il semble que l'on ait eu affaire chez les premiers à la fièvre dite de granulation ou de tuberculisation, plutôt qu'à une pyrexie produite par la résorption du produit des cavernes. Ainsi chez le malade de l'observation I, l'iodure, qui a été très efficace d'abord, n'a plus guère agi après la fonte des tubercules. Chez le malade de l'observation VI, où il n'y avait pas de cavernes, le médicament a eu une action puissante, et ainsi des autres. L'iodure de potassium agirait donc comme anti-tuberculeux.

Cette idée s'accorde parfaitement avec les découvertes récentes et nous amène à parler de la spécificité de la tuberculose.



CHAPITRE IV

§ 1. — Spécificité de la tuberculose

La spécificité de la tuberculose a été démontrée par son inoculabilité. Celle-ci était déjà soupçonnée par Morgagni, qui s'abstenait de faire des autopsies, dans la crainte de devenir tuberculeux, mais c'est M. Villemin qui démontra cette inoculabilité en 1865, et c'est à lui que revient le mérite de la découverte. Les expériences de M. Chauveau, et d'autres, confirmèrent bientôt celles de M. Villemin, et montrèrent, en outre, que, si des matières inertes peuvent produire, par inoculation, des lésions simulant la tuberculose, ce sont de fausses tuberculoses. En effet, la maladie qui vient d'une vraie tuberculose est indéfiniment inoculable, ce qui n'a pas lieu pour l'autre. Dans le premier cas, elle persiste ou même va en augmentant ; dans la seconde, au contraire, elle va en s'éteignant (H. Martin). MM. Chauveau et Villemin ont aussi constaté l'inoculabilité des matières

desséchées de l'expectoration et la production de la maladie par l'ingestion des crachats. M. Klebs a montré ensuite, par de nombreuses expériences, que le lait des vaches tuberculeuses produit la tuberculose.

De même que pour la syphilis, l'inoculation de la matière tuberculeuse produit un accident d'abord local, une affection ganglionnaire ensuite, puis une généralisation. Cela avait fait admettre le parasite de la tuberculose bien avant sa découverte. M. Klebs, en Allemagne, M. Toussaint, en France, l'ont décrit; mais il paraît que le parasite qu'ils ont décrit est dû à des cultures insuffisantes. C'est M. Koch, de Berlin, qui a trouvé le véritable.

Pour le découvrir, M. Koch a placé des coupes de poumon tuberculeux dans du bleu de méthylène alcalinisé avec de la potasse. Tous les micro-organismes se colorent dans ce milieu; mais si l'on ajoute à la préparation une solution aqueuse de vésuvine, tous les éléments se décolorent, excepté les bacilles de la tuberculose, qui deviennent ainsi parfaitement visibles. Ceux-ci se présentent sous forme de petits bâtonnets, ayant en longueur le $\frac{1}{3}$ du diamètre d'un globule rouge, et dont la largeur est le $\frac{1}{5}$, ou le $\frac{1}{6}$ de la longueur. Ce parasite se trouve dans les poumons tuberculeux en quantités innombrables, puisque un millimètre cube en contient 5 milliards. Dans son intérieur, on observe quelquefois des spores apparaissant sous forme de taches blanches qui en interrompent la continuité. Ces bacilles sont dénués de mouvement.

M. Koch a cultivé ce parasite par les procédés de M. Pasteur. Il a choisi pour milieu le sérum de sang

gélatinisé, et il a fait 15 cultures successives de chacune 20 jours. On peut admettre qu'à la 15^e génération, le bacille est isolé, et que, si son inoculation produit la tuberculose, c'est qu'il est réellement l'agent de cette maladie. Or, les expériences ont été concluantes.

D'autre part, il résulte de plusieurs centaines d'observations qu'on ne trouve jamais de bacilles chez les sujets non tuberculeux. Il est vrai qu'on n'en rencontre pas toujours chez les phthisiques. M. Koch en a trouvé dans la moitié des cas; M. Despine, de Genève, dans les 3/4; MM. Dettweille et Meissen, dans 85/87; M. Cochez, dans tous les cas. D'après ces mêmes auteurs, le nombre des bacilles est en rapport direct avec l'intensité du processus destructeur.

La tuberculose serait donc une affection parasitaire, inoculable et contagieuse. La contagion de la phthisie est acceptée par les meilleurs esprits. Sans doute, cette contagion n'est ni si facile, ni si puissante que celle de la variole, mais elle est indéniable. M. Teissier en a rencontré 6 cas dans 40 ans de pratique médicale; M. Rambaud dit en avoir soupçonné quelques cas; M. Pidoux en aurait vu 5 cas sur 5,000 malades. Mais, si dans un grand nombre de cas, la contagion est difficile à établir, ce n'est pas une raison pour la rejeter et ne l'admettre qu'à titre d'exception. « Personne ne nie, dit M. Debove (1), que la variole et la scarlatine soient contagieuses, et cependant, il est souvent impossible de trouver l'origine de cette contagion sur les malades que nous avons occasion de soigner ». M. Debove rapporte ensuite des

(1) *Semaine méd.* des 31 mai, 7 et 14 juin 1883.

observations remarquables, prises dans de petites agglomérations où tout le monde se connaît, et empruntées à MM. Viallette, Bergeret d'Arbois et Villemain. Elles sont d'autant plus concluantes qu'elles sont anciennes. Lui-même, ayant pris 24 phthisiques au hasard de la consultation, à l'hôpital de la Pitié, et ayant étudié leurs antécédents avec le plus grand soin, conclut que 4 seulement de ces malades peuvent être rangés parmi les phthisiques soi-disant héréditaires, tandis que tous peuvent être placés parmi les phthisiques contagionnés.

Quant aux voies d'entrée du bacille dans l'organisme, elles sont multiples. Celui-ci peut pénétrer par effraction de la peau : les expériences de Villemain en ont démontré la possibilité. Cependant, il faut reconnaître que les conditions favorables au succès d'une inoculation de ce genre sont rarement réalisées ; car, d'après M. Koch, il faut une température de 38° pour que les bacilles se multiplient ; or, la peau des doigts n'atteint pas cette température. Une autre voie bien plus souvent suivie par le bacille est la voie pulmonaire, et les crachats des phthisiques peuvent être considérés comme l'élément habituel de cette contagion. Avec la poussière provenant de crachats desséchés depuis un mois, M. Tappeiner a pu produire la tuberculose chez des chiens, animaux qui deviennent difficilement tuberculeux. Un troisième mode de contagion consiste dans l'ingestion de matière tuberculeuse. Les expériences de M. Chauveau sont concluantes à cet égard, et l'indication hygiénique qui surgit naturellement est celle d'éviter de se nourrir des viscères des animaux de boucherie et du lait de vache tuberculeuse. M. Verneuil a dernièrement attiré l'attention sur

un quatrième mode possible. C'est celui qui s'opère par les voies génitales.

La phthisie n'est donc pas héréditaire. La prédisposition seule à cette affection peut se transmettre par hérédité. En effet, pour que la phthisie se développe, il faut un terrain favorable à la prolifération des bacilles. Il faut en outre une cause occasionnelle. Cette cause existe également pour la pneumonie, la dothiéntérie, etc., et nous en voyons chaque jour des exemples frappants. Pour la phthisie, ce sont le plus souvent les refroidissements et les inflammations qu'ils produisent, les rhumes négligés, disent les malades. Une troisième condition est indispensable au développement de la maladie, c'est que le germe lui-même pénètre dans l'organisme.

Mais, puisque la contagion est la véritable cause de la phthisie, comment se fait-il que cette affection ne soit pas plus fréquente encore et que nous, médecins, qui sommes en rapport constant avec des phthisiques, nous ne soyons pas tous atteints ? La réponse est facile, si nous considérons l'influence des deux causes énumérées plus haut : cause prédisposante, cause occasionnelle. « Si la contagion est rare chez l'homme, dit M. Ollier, c'est parce que chez lui les conditions de l'expérimentation se réalisent rarement » (1). M. Rambaud (2) attribue cette rareté à ce fait que les crachats sont enlevés avant leur pulvérulence.

D'après ce qui précède, quand la contagion est produite, il faudrait empêcher la généralisation de la ma-

(1) Lyon méd. 6 mai 1883.

(2) Lyon méd. 6 mai 1883.

ladie. Cela est possible, en effet, car le bacille de la tuberculose prolifère peu, contrairement aux autres bacilles, ceux du charbon, par exemple, qui pullulent avec une grande rapidité. Voyons alors comment on pourrait y arriver.

§ 2. — Moyens d'empêcher la généralisation de la maladie.

Sans doute, la chirurgie intervient favorablement dans quelques cas, lorsque le foyer infectieux peut être enlevé, et MM. Ollier et Mollière (1) ont publié des observations qui montrent « qu'en réséquant les tuberculeux, on n'obtient pas seulement des succès opératoires, mais qu'on peut rétablir la santé générale et prolonger considérablement la vie » (Ollier). Dans d'autres cas, au contraire, où les lésions sont déjà très étendues et siègent dans son organe important, le poumon, par exemple, c'est au médicament qu'il faut de toute nécessité recourir pour enrayer la marche de la maladie, et ce médicament doit réunir deux conditions essentielles : la première, d'être innocent pour l'organisme; la seconde, de détruire le bacille.

M. Fraentzel a rendu compte au Congrès de médecine

(1) Lyon méd. 1882-3.

de Wiesbaden des essais qui ont été faits dans ce but à l'hôpital de la Charité de Berlin. Des malades ont été soumis pendant des mois à des inhalations de vapeurs médicamenteuses susceptibles de tuer les bacilles de M. Koch. Le benzol, le camphre, la naphthaline, la créosote, l'aniline, l'acide phénique, les préparations mercurielles ont été tour à tour essayées sans succès. A la Clinique de Leyden, on a été encore moins heureux. M. Hiller, qui a fait connaître les résultats obtenus dans le service de son maître, a essayé l'hydrogène sulfuré et les injections parenchymateuses dans le poumon, de sublimé, d'iodoforme, de brôme, d'alcool, d'hydrogène sulfuré, d'alcool méthylique, d'acide carbonique, de salicylate de soude.

L'iodure de potassium n'a pas encore été employé pour ces essais. Il n'est cependant pas impossible que cet agent, d'une innocuité si grande pour l'organisme, et dont l'action est si puissante sur d'autres bactéries, ait une influence sur le développement des bacilles de la tuberculose. Jalan de la Croix a vu les bactéries du bouillon être tuées par la dose d'iode $1/2000$. M. Davaine, (1) qui a étudié les propriétés antivirulentes de l'iode dans deux séries d'expériences (1874-80), a montré que la solution iodée à $1/150.000$ détermine la neutralisation du virus charbonneux dilué, mais encore très actif. La neutralisation du virus septicémique a été obtenue, par le même auteur, à la dose de 0,1 décigr. d'iode métallique pour un litre de dilution virulente. Il est vrai qu'il s'agit de la neutralisation in vaso. L'action

(1) Vallin, Traité des désinfectants.

préservatrice des solutions iodées, chez les sujets antérieurement inoculés, paraît nulle (Colin, d'Alfort, 1875). M. Dubujadoux (1) a cherché la cause de cet insuccès, et il résulte de ses expériences que l'iode se combine directement aux substances albuminoïdes, en général, et forme avec elles un composé stable, qui, malheureusement, ne jouit pas de propriétés antiseptiques. L'albumine, qui contient $1/80$ de son poids d'iode, se putréfie (2).

Ne sait-on pas enfin que l'iodure de potassium réussit très bien dans la méningite tuberculeuse? Or, ce succès tiendrait-il au siège des granulations?

(1) *Gaz. hebd.* du 15 juin 1883.

(2) M. Dubujadoux dit avoir employé la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes par jour dans du lait et avec un résultat utile chez quelques phthisiques.



CONCLUSION

Il résulte des observations rapportées dans cette thèse, que l'iodure de potassium à dose moyenne ou forte, a paru dans certains cas exercer une action favorable chez des sujets atteints de phthisie pulmonaire. Tantôt il a amélioré la nutrition, tantôt il a diminué la fièvre : dans ce cas, il semble plutôt indiqué dans la fièvre due au développement des granulations tuberculeuses, que dans la fièvre hectique.

VU ET APPROUVÉ

Le Président de thèse,

R. LÉPINE

VU BON A IMPRIMER

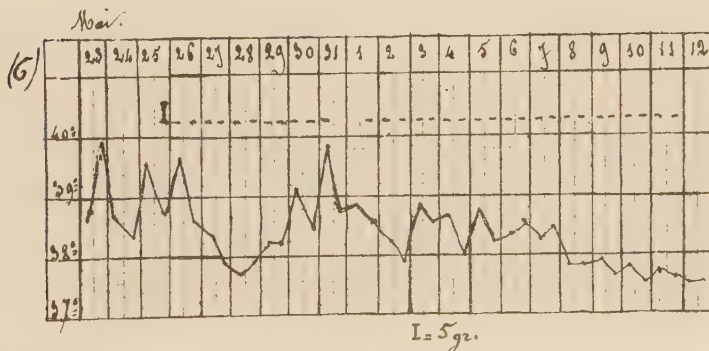
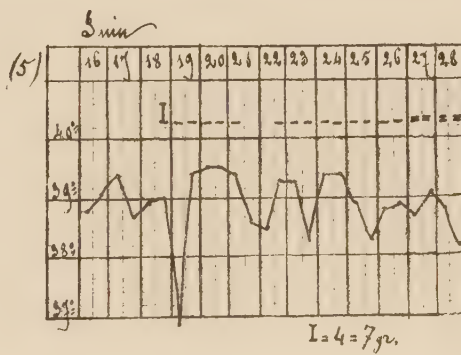
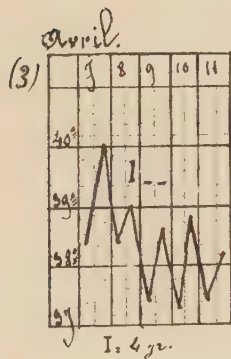
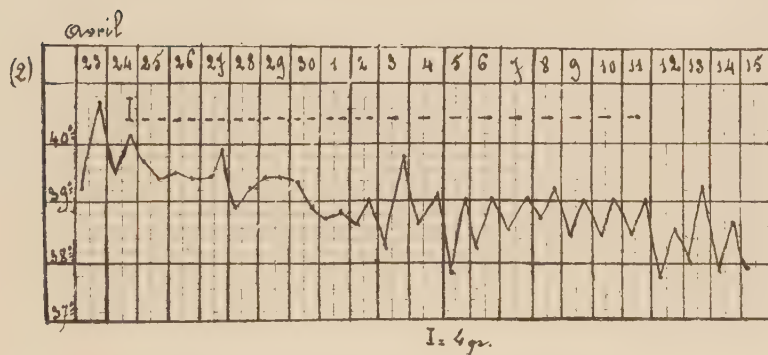
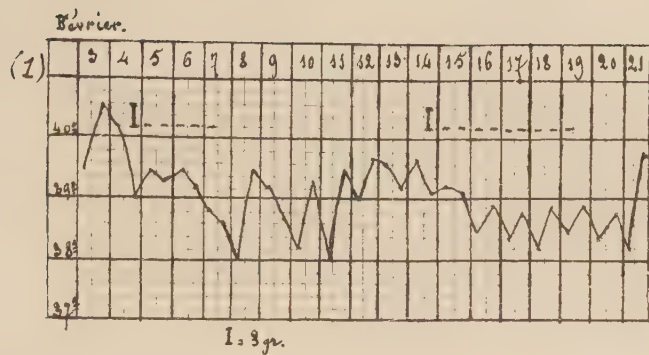
Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur,

EM. CHARLES.



Nota: Les numeros des traces sont ceux des observations correspondantes.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration.
Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécanique des actes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage de l'urée.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil? Où est-il placé?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production dans la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. Des fractures de la colonne vertébrale.



TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS.	PAGE 3
CHAPITRE I.	5
§ 1 ^{er} . — De l'emploi de l'iode dans la phthisie	5
§ 2 ^e . — Action comparative de l'iode et de l'iodure de potassium.	13
CHAP. II.	16
§ 1 ^{er} . — Emploi de l'iodure de po- tassium dans la phthisie.	16
§ 2 ^e . — Action de l'iodure de potas- sium sur la nutrition chez le phthisique	17
CHAP. III.	23
Observations cliniques.	23
CHAP. IV.	58
§ 1 ^{er} . — Spécificité de la tuberculose	58
§ 2 ^e . — Moyens d'empêcher la gé- néralisation de la maladie.	63
CONCLUSION	67
QUESTIONS sur les diverses branches des sciences médicales	69



